

La perception de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences

Travail de Bachelor

Par
**Sarah Aebischer, Frédérique Roussi et Estelle
Wolhauser**

Promotion 2015-2018

Sous la direction de Madame Catherine Senn-Dubey

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

12 juillet 2018

Résumé

Problématique : Les services des urgences sont des domaines complexes et variés dans lesquels la prise en charge n'est pas évidente en raison de : la complexité du domaine, l'imprévisibilité du service des urgences, la rapidité d'action, le surpeuplement des urgences et les besoins des patients. La satisfaction des Personnes¹ est un « outcome » essentiel pour la qualité des soins. Cependant, aux urgences la « sécurité » des patients est un élément primordial qui parfois entre en conflit avec la centration sur le patient et donc affecte la satisfaction de celui-ci. De plus la satisfaction des patients est un indicateur de qualité central pour les infirmières mais reste toutefois difficile à atteindre. **But**. Connaître et comprendre la perception de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences. **Méthode**. Une revue de littérature comprenant la sélection de neuf articles via *PubMed* et *Cinahl*. La théorie de soins centrés sur la Personne a été utilisée pour le cadre théorique de cette revue. **Résultats**. Suite à l'analyse des neufs articles, six principaux résultats sont ressortis : la perception de la satisfaction et du bien-être des patients est influencée majoritairement par l'environnement (accueil, confort, décor, etc....), les compétences infirmières : compétences relationnelles (attitudes, caring, soins holistiques, etc....) et compétences techniques, le temps d'attente, la gestion de la douleur, l'information (qualité et quantité de l'information donnée). **Discussion**. En comparant les résultats et les composantes de la théorie de soins centrés sur la Personne, il en est ressorti que les attitudes permettant la centration sur les Patients étaient également celles qui les satisfaisaient au mieux.

¹ Le terme « Personne » avec un P majuscule représente le patient et ses proches

Mots-clés. *Perception de la satisfaction, bien-être, service d'urgence, revue qualitative, Patient Centré, qualité des soins.*

Tables des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	ii
Introduction.....	1
Problématique	3
Recension des écrits	5
Question et but de recherche.....	10
Cadre théorique.....	12
Méthode	18
Validité de la revue	23
Résultats	25
Environnement.....	31
Compétences des infirmières.....	32
Compétences relationnelles	32
Compétences techniques.....	34
Temps d'attente	35
Gestion de la douleur.....	36
Information.....	37
Discussion	39
Réponse à la question de recherche.....	40
Critique des articles scientifiques	41
Liens entre les résultats et la théorie de soins centrés sur la Personne ..	41
Recommandations	45
Recommandations pour la pratique.....	45
Recommandation pour la recherche	47
Recommandations pour la formation.....	47
Limites et forces de notre revue	48
Limites	48
Forces.....	48
Conclusion.....	49
Références	51

Appendices A	55
Appendice B	57

Liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Mots clés pour les bases de données</i>	22
Tableau 2 : <i>Stratégie numéro 1</i>	22
Tableau 3 : <i>Stratégie numéro 2</i>	23
Tableau 4 : <i>Résumé des résultats</i>	29

Liste des figures

Figure 1: Théorie de soins intermédiaire de McCormack et McCance (2010).....	18
Figure 2: Théorie de soins intermédiaire centrée sur la Personne en lien avec la satisfaction et le bien-être des Patients aux urgences de Aebischer, Roussi et Wolhauser (2018).....	45

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Catherine Senn-Dubey, pour son aide, ses conseils ainsi que sa disponibilité et son engagement tout au long de notre travail.

Nous aimerions également remercier, Madame Rappo Nathalie, Madame Aebischer Chantal, Madame Mota Anne et Madame Perroud Elisabeth pour la relecture de notre projet et leurs corrections.

Introduction

Aux urgences, la « sécurité » des patients est un élément primordial qui parfois entre en conflit avec l'importance d'avoir des soins centrés sur la Personne, quand bien même cette centration influence la sécurité des patients. Malgré les efforts fournis par l'ensemble de l'équipe soignante et plus particulièrement par les infirmières¹, un bon nombre de patients ressortent insatisfaits de leur expérience en raison de différents facteurs tels que le temps d'attente, le manque d'information, une mauvaise gestion de la douleur, etc... (Phan et al., 2011). Diverses études quantitatives ont déjà été effectuées sur ce sujet en donnant des pistes d'interventions pour l'amélioration de la satisfaction mais elles ne l'ont toutefois pas réellement impactée (Boudreaux, Cruz, & Baumann, 2006). En effet, les interventions testées n'amélioraient pas forcément l'aspect relationnel, la communication et la prise en compte de la Personne dans son ensemble, éléments qui sont des aspects clés de la satisfaction (Taylor & Bengner, 2004 ; Boudreaux & O'Hea, 2004). Ceci démontre que la satisfaction semble difficile à améliorer. Néanmoins, l'indicateur de qualité des soins de la satisfaction des patients est essentiel, étant donné que celle-ci augmente l'adhérence thérapeutique chez les patients et promeut la santé ainsi que le bien-être (Boudreaux & O'Hea, 2004).

C'est pourquoi cette revue de littérature traite de la perception de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences, en s'intéressant à leurs besoins, leurs valeurs et leurs attentes face à leur séjour aux urgences.

¹ Le terme « infirmières » est utilisé au féminin mais il inclut aussi les infirmiers

Problématique

La satisfaction et le bien-être des patients aux urgences sont des thèmes connus et récurrents dans la littérature (Phan et al., 2011 ; Boudreaux & O'Hea, 2004 ; Boudreaux et al., 2006 ; Jennings, Clifford, Fox, O'Connell, & Gardner, 2015 ; Curran, Cassidy, Chiasson, MacPhee, & Bishop, 2017). Cet « outcome » est toutefois difficile à satisfaire de par la complexité du domaine, l'imprévisibilité du service des urgences, la rapidité d'action, le surpeuplement et les besoins des patients, etc... (Mione, 2006). La satisfaction des patients est une composante importante dans la qualité des soins. En effet, elle entraîne une meilleure compliance médicamenteuse, adhérence thérapeutique, promotion de la santé et augmente le bien-être des patients et la qualité de vie, et incite le patient à revenir dans l'institution (Doran, 2011 ; Boudreaux & O'Hea, E. L., 2004 ; Mione, 2006). Toutefois, nous avons constaté que le thème de la satisfaction et du bien-être est abordé dans les médias uniquement lorsque celui-ci s'avère négatif (La Liberté, 2017). Néanmoins, cet indicateur est un élément primordial des soins infirmiers. Le personnel soignant essaie au maximum de prodiguer des soins de qualité augmentant la satisfaction des patients. La satisfaction et le bien-être chez les patients sont en relation avec la satisfaction et le bien-être des soignants (Doran, 2011). Selon le Secrétariat International des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) (2015) : « Intuitivement, l'infirmière se base surtout sur la satisfaction du patient et sur une longue tradition quant à l'amélioration des compétences et de la qualité des soins dans les milieux cliniques. »

Pour finir, McCormack et McCance ont identifié des éléments nécessaires afin de prodiguer des soins centrés sur la Personne dans le but d'améliorer la qualité des soins, la satisfaction et le bien-être du patient. Ces trois aspects sont donc directement liés entre eux (McCormack & McCance, 2010).

Recension des écrits

Service des urgences et rôle infirmier

Le service des urgences est un domaine complexe et varié dans lequel la prise en charge n'est pas toujours évidente. En effet, une telle unité requiert de multiples compétences infirmières : gestion du flux, tri des urgences en fonction de leur degré de gravité, gestion du stress des patients et de leur famille, gestion de son propre stress durant les rushs, et direction du patient vers le service approprié pour la suite de sa prise en charge ; ce qui demande une collaboration à tout niveau. Les infirmières expertes aux urgences ont donc trois postes différents : infirmières d'accueil et d'orientation (IAO), infirmières responsables des horaires (IRH) et infirmières experts en soins d'urgences (EPD ES) (HFR, 2016).

Satisfaction des patients

Selon la Haute autorité de santé (2012), « la satisfaction est l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, ou encore le sentiment de bien-être qui résulte de cette action ». Elle est également définie par Eriksen (1995) comme « l'évaluation de la réponse cognitive-émotionnelle des patients résultant et l'interaction entre les attentes des patients et les perceptions des infirmiers. » La réponse au besoin du patient n'est pas le facteur principal de la satisfaction mais celle-ci est plutôt acquise lorsque la prise en compte et l'intérêt face aux besoins sont démontrés de la part des soignants (HAS, 2012 ; Doran, 2011). De plus, l'adéquation entre l'expérience vécue par le patient dans une situation précise et ses attentes par rapport à celle-ci définit le degré de satisfaction. En effet, cette dernière est une mesure individuelle et relative à chaque personne. En conséquence, une même expérience vécue par plusieurs patients donnera un niveau de satisfaction différent pour chacun. (HAS, 2012 ; Doran, 2011). Malgré tout, la satisfaction du patient avec les soins est un bon indicateur de la qualité de ces derniers, car il est sensible à

l'ensemble des dimensions de la qualité qui sont : la sécurité, les soins centrés sur la personne, l'efficacité (EBN), l'équité, en temps opportun. Ces éléments auront un impact direct sur le travail de l'infirmière qui en sera amélioré et donc sur le contentement de celle-ci et la qualité des soins (Doran, 2011). Selon l'Office Fédéral de la Santé Publique (2009) :

« La qualité est une mesure permettant d'établir à quel point les prestations du système de santé, pour les individus et les groupes de population augmentent la probabilité d'obtenir les résultats souhaités en matière de santé, et correspondent à l'état actuel de la science »
(Office Fédéral de la Santé Publique, 2009),

De plus :

« La Confédération évalue la qualité des prestations fournies d'après les critères suivants : la fourniture des prestations doit être sûre, efficace, centrée (focalisée) sur le patient, intervenir à temps et être efficiente, et tous doivent avoir les mêmes chances d'accès aux prestations. Ce sont ces dimensions qui servent à apprécier et à définir les mesures envisageables pour améliorer la qualité dans le domaine de la santé » (OFS, 2009).

Facteurs pouvant influencer la satisfaction du patient. Un autre aspect démontrant la variabilité de la satisfaction des patients vient du fait que les valeurs personnelles, les besoins individuels et la perception de la qualité des soins sont des fondements de la mesure de la satisfaction (Messina al., 2015). Dans les écrits scientifiques, il existe cinq domaines principaux influençant la satisfaction des patients : le temps d'attente perçu, l'empathie, les compétences techniques, la gestion de la douleur et la dispense de l'information (Messina al., 2015). Toutefois,

de nombreux autres facteurs entrent également en compte : l'attitude du personnel soignant, la qualité/quantité des informations fournies, la qualité expressive verbale et non verbale, les compétences interpersonnelles (donner des informations, encourager et dialoguer avec le patient), l'intérêt et l'attention face aux besoins, l'organisation du service et la prise en compte de la personne dans son ensemble, la communication, la langue, l'habillement du personnel soignant, une carte de visite du médecin, l'encombrement des couloirs (peur d'être soigné dans un couloir), l'environnement, la présentation du professionnel, l'identification du personnel soignant par un badge, les systèmes de rappel, des appels pour définir la cause de l'insatisfaction, la prise en charge d'une intervention par un étudiant en médecine ne l'ayant jamais effectuée, la présence de prisonniers ou de patients présentant des troubles psychiatriques, la réalisation d'examen complémentaire (échographie), le fait de rassurer le patient, la nourriture, la facilité du stationnement, la simplicité des questions, le confort, l'éducation thérapeutique du patient (Pham al. 2011 ; Messina al., 2015).

En plus des différents facteurs cités ci-dessus, et de manière plus générale, la satisfaction est toujours la conséquence d'une interaction entre trois facteurs : les attentes du patient, les besoins objectivés du patient et les soins qui lui sont prodigués (Skjellaug & Marro, 2013 ; Institut Scientifique de Santé Publique, 2008). Il existe une relation significative entre la dotation du personnel soignant, le nombre d'heures de travail par jour, le temps passé auprès du patient et la satisfaction du patient. Une bonne dotation infirmière est importante afin de pouvoir répondre correctement aux besoins des patients, mais ce n'est pas le seul aspect influençant la satisfaction des patients. Celle-ci peut également être influencée et augmentée par une bonne qualité des soins généraux (Doran, 2011).

Facteurs pouvant influencer la perception de la satisfaction du patient. La perception vue par les patients de la qualité de l'interaction avec les soignants est aussi importante pour déterminer leur satisfaction. Plusieurs facteurs interpersonnels permettent d'améliorer la perception de la qualité de la relation entre patients et soignants. Le premier serait d'impliquer les patients dans la prise de décision concernant leurs soins, leur permettant ainsi de soutenir leurs droits et d'exprimer leur opinion sur les différentes possibilités de soins s'offrant à eux (Doran, 2011 ; Pham et al. 2011 ; McCormack & McCance, 2010). Deuxièmement, il faudrait fournir au patient des informations et des explications quant à son état de santé et les symptômes perçus (Doran, 2011 ; Watson, 2017). Troisièmement, une approche empathique serait nécessaire (Doran, 2011 ; Mione, 2006). Quatrièmement, la relation trans-personnelle devrait assurer l'équité (Doran, 2011 ; Watson, 2017).

Conséquences de la satisfaction. C'est en ayant découvert les impacts d'une bonne satisfaction de la part des patients que nous avons constaté l'importance de celle-ci. En effet, la satisfaction des patients améliore la compréhension des instructions qui leurs sont données (Doran, 2011) et l'adhérence au traitement, elle augmente la qualité de vie du patient et la qualité des soins (Doran, 2011 ; Mione, 2006). En outre, elle incite le patient à revenir dans l'institution (Doran, 2011 ; Boudreaux & O'Hea, 2004 ; Mione, 2006). Par ailleurs, les patients démontrant un niveau de satisfaction plus élevé présentent également un état fonctionnel, une capacité d'auto soins et un état émotionnel augmentés à leur sortie de l'hôpital (Doran, 2011).

Mesures de la satisfaction. La satisfaction peut être mesurée à l'aide de différents moyens. Tout d'abord, des échelles visuelles analogiques permettent au patient d'évaluer son niveau de satisfaction par un item précis, sur une mesure de 0 (totalement insatisfait) à 10 (pleinement satisfait). Ensuite, comme démontré dans le

livre « Patient satisfaction as a Nurse-Sensitive Outcomes », dans le chapitre 8, la satisfaction des patients est, la plupart du temps, évaluée à l'aide de questionnaires ou d'échelles de type Likert - échelle d'attitude comprenant 4 à 7 degrés au moyen de laquelle on demande à l'individu d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord relatif à une affirmation (Bathelot, 2017). Chacune de ces évaluations quantitatives est composée de plusieurs items, par exemple le temps d'attente, la communication, l'environnement, etc.... devant être évalués de façon indépendante par le patient (Doran, 2011). L'évaluation finale se fait grâce à l'accumulation de points acquis pour chaque item. Ceci signifie que plus le score final est élevé, meilleure est l'évaluation de la satisfaction par le patient (Jennings et al., 2015; Taylor & Bengner, 2004; Doran, 2011).

Question et but de recherche

« Quelle est la perception de la satisfaction et du bien-être des Personnes* aux urgences concernant la qualité des soins ? »

S'il n'est pas possible d'augmenter la satisfaction des patients malgré les interventions mises en place (estimation du temps d'attente, mise à disposition d'une chambre avec télévision, matériel de lecture, distribution d'une brochure d'information...) (Boudreaux & O'Hea, 2004), serait-ce du fait que nous n'avons pas les bons facteurs ou éléments influençant la satisfaction et ainsi ne pouvons pas trouver de nouvelles pistes pour améliorer cette satisfaction ? Par conséquent, nous nous sommes concentrées plus particulièrement sur la perception de la satisfaction des patients aux urgences plutôt que sur les mesures de la satisfaction par des instruments d'évaluation composés d'items pré-établis qui peuvent fausser des éléments déterminants pour la satisfaction et le bien-être du patient (Boudreaux &

O’Hea, 2004). Et ainsi, nous pourrions peut-être percevoir ou découvrir de nouveaux éléments susceptibles d’influencer la satisfaction et le bien-être.

Au vue de la littérature, nous nous demandons s’il ne serait pas plus adéquat de se centrer sur le Patient en étant à son écoute et ainsi prendre en compte sa vision et ses perceptions.

Cadre théorique

Pour notre revue de littérature, nous avons choisi le cadre théorique de la théorie de soins intermédiaires centrés sur le Personne, s'inscrivant dans la théorie du Caring. Dans ce chapitre, les différents aspects de cette théorie seront expliqués.

Caring

Dans la philosophie du caring, mise en place par Jean Watson en 1979, l'infirmière trans-personnelle devrait avoir la capacité de centrer sa prise en charge sur la guérison et l'intégrité du patient, plutôt que sur la maladie-même et donc la pathologie (Watson, 1998). Selon Watson (1998), cet art de prise en charge comprend également plusieurs attributs, nécessaires à sa réalisation, « l'engagement moral pour maintenir et améliorer la dignité humaine, le respect et l'amour pour la personne en honorant ses besoins, ses désirs, ses routines et ses rituels, conserver la conscience de soi en tant que personne / infirmière et en tant que personne de connexion, harmonie intérieure et maintien de l'équilibre, intention de faire pour un autre et d'être avec un autre qui en a le besoin, authenticité, prise en compte du corps dans son intégralité (esprit, corps et âme) ». D'après Watson (2018), l'infirmière doit adopter cinq compétences permettant le caring : la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les capacités sociales. De ces cinq compétences relevant de la théorie de Watson, découlent dix attitudes essentielles dans la pratique infirmière qui servent de guide au niveau professionnel et qui permettent aux soignants d'avoir un langage commun ainsi qu'une bonne orientation dans leur prise en charge : prendre soin de l'humanité. Selon Watson (2018), ces dix attitudes sont les suivantes :

1. « Pratiquer l'amour, la bonté, la compassion et l'équanimité envers soi-même et les autres
2. Être authentique et présent

3. Cultiver ses propres pratiques professionnelles (aller au-delà de soi-même)
4. Développer une relation authentique, de confiance et d'aide
5. Tenir compte de l'expression des sentiments positifs et négatifs
6. Recherche de solutions de problème-solution-recherche
7. S'engager dans l'enseignement et l'apprentissage trans-personnel dans le contexte d'une relation bienveillante
8. Créer un environnement de guérison à tous les niveaux
9. Maintenir la dignité humaine et aider à la satisfaction des besoins humains
10. Être ouvert à l'inconnu et au spirituel ».

Cette théorie permet de voir la perception personnelle du patient en le considérant comme un individu à part entière, mais également celle des soignants (Watson, 1998).

Théorie de soin centrée sur la Personne

McCormack et McCance ont modélisé le processus de soins centré sur la personne dont les résultats de soins, directement influencés par cette centration, sont : le bien-être, la satisfaction, l'engagement de la Personne dans ses soins, et la culture thérapeutique (McCormack & McCance, 2010). Selon McCormack et McCance (2010), la centration sur la personne est une approche pratique qui établit la formation et la promotion d'une relation thérapeutique entre tous les soignants, les personnes et leurs proches. Cette relation est soutenue par les valeurs de respect des personnes, de leurs droits individuels à l'autodétermination, un respect mutuel et compréhensif. Étant donné que le but de cette théorie est la satisfaction du patient, celle-ci se voit être idéale pour la problématique posée (McCormack & McCance, 2010).

L'explication de cette théorie se fera à travers le schéma ci-dessous (du centre vers l'extérieur) (cf. figure 1).

Les cinq activités de l'infirmière sont présentées à travers le processus de soins (Kitwood & Kitwood, 1997 ; Lusk & Fater, 2013 ; McCormack & McCance, 2010). Travailler avec les croyances et les valeurs du patient comprend l'image des valeurs de la personne, de sa vie, et du sens donné à ce qui est vécu. L'identification des éléments clés de la bibliographie du patient doit être une capacité acquise chez l'infirmière (Kitwood & Kitwood, 1997 ; Lusk & Fater, 2013 ; McCormack & McCance, 2010). L'engagement de l'infirmière signifie être engagé envers la personne dans la situation et concentrer l'interaction avec la personne dans le moment présent en incorporant les valeurs et les croyances citées au point précédent (Kitwood & Kitwood, 1997 ; Lusk & Fater, 2013 ; McCormack & McCance, 2010). Avoir une présence « sympathique éthique » (sympathetic) se définit comme étant la compassion afin de démontrer son engagement en incorporant les valeurs individuelles de la personne et en démontrant ainsi la qualité relationnelle entre l'infirmière et le patient (Kitwood & Kitwood, 1997 ; Lusk & Fater, 2013 ; McCormack & McCance, 2010). En intégrant des perspectives nouvellement établies dans la littérature (EBN), la prise de décision partagée se fait lorsque l'infirmière donne des informations à la personne soignée afin de faciliter sa participation. Avec cet aspect, il faut tenir compte des valeurs individuelles, du processus de communication et faire preuve de non jugement (Kitwood & Kitwood, 1997 ; Lusk & Fater, 2013 ; McCormack & McCance, 2010). Fournir des soins holistiques nécessite de prendre en compte les besoins physiques, psychologiques, sociaux et/ou spirituels qui doivent tous être satisfaits. De ce fait, les soins se concentrent sur cinq variables : physiologique, psychologique, socio-culturelle, de développement et spirituelle (Kitwood & Kitwood, 1997 ; Lusk & Fater, 2013 ; McCormack & McCance, 2010).

En troisième plan, l'importance de l'environnement de soins est abordée. Il comprend cinq points : la culture de la place de travail, le skill mix, la prise de décision partagée, la relation d'équipe et l'environnement physique (Kitwood & Kitwood, 1997 ; Lusk & Fater, 2013 ; McCormack & McCance, 2010).

En dernière ligne, sont mis en évidence les prérequis (antécédents) élaborés par McCormack et McCance qui soulignent cinq points fondamentaux : être un professionnel compétent, avoir des outils interprofessionnels, être engagé dans son travail, être capable de démontrer de la clarté sur ses croyances et ses valeurs et se connaître soi-même (Kitwood, 1997 ; Lusk et Fater, 2013 ; McCormack et al., 2010). Nous ne voyons pas l'intérêt de développer cela ici vu qu'il s'agit de la problématique et que nous n'avons pas encore expliqué notre revue

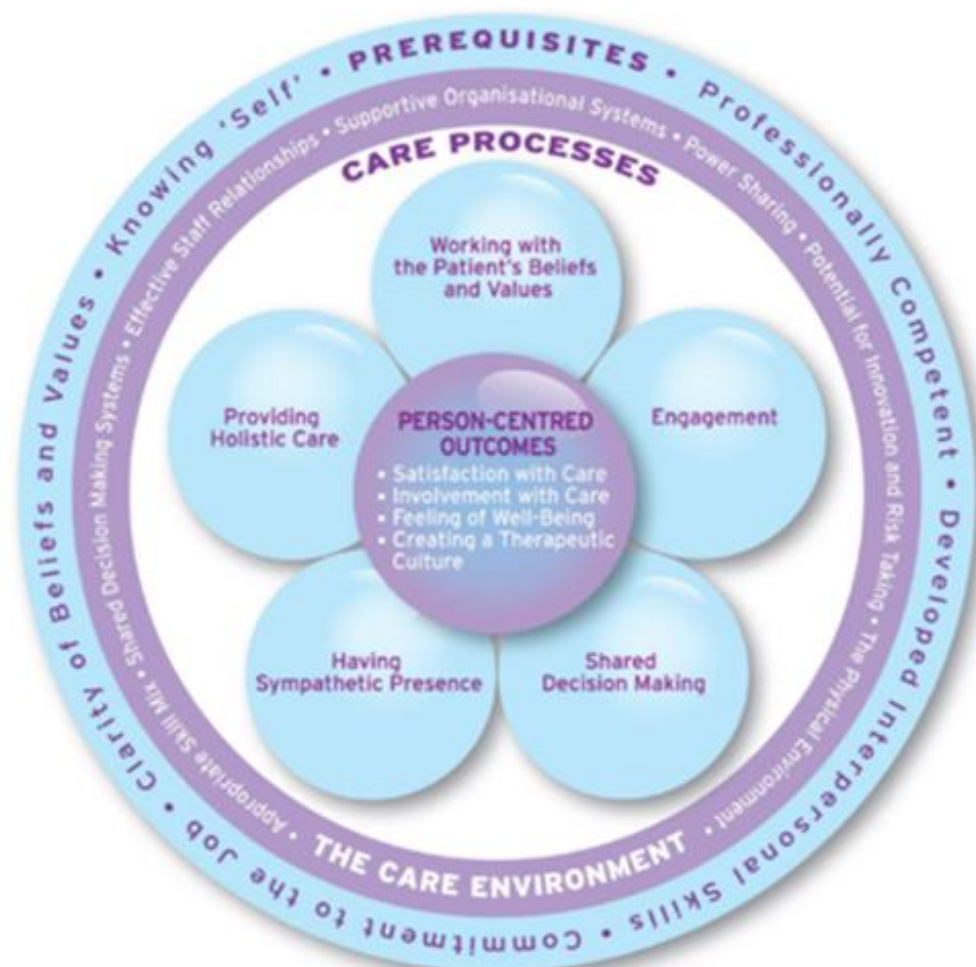


Figure 1: Théorie de soins intermédiaire de McCormack et McCance (2010)

Méthode

Dans ce chapitre, la méthode de cette revue de littérature est expliquée, donnant les éléments sur la fiabilité et la validité de celle-ci.

Argumentation du choix de devis de recherche

Cette revue de littérature s'intéresse aux résultats de recherche issus d'articles comprenant des devis qualitatifs, mixtes ou des revues de littérature intégrant des études qualitatives. En effet, le but est de comprendre la perception de la satisfaction des patients et non d'évaluer la satisfaction elle-même. En vue du temps à disposition, du manque de compétences et de l'impossibilité d'effectuer une récolte de données dans un service d'urgence, nous avons choisi des articles de données scientifiques ayant déjà une récolte de données sur notre sujet.

Critères d'inclusion

Nos critères d'inclusion sont les suivants :

- Le service des urgences comme contexte ;
- Des articles de devis qualitatifs et/ou mixtes ainsi que les revues de littératures sur des articles qualitatifs ;
- Langues : français et anglais ;
- Respect des critères de validité et de fiabilité des études qualitatives.

Nous n'avons pas eu de critères d'exclusion mais avons exclu les articles scientifiques ne répondant pas à ces critères.

Fiabilité de la revue

Suite à notre recherche d'articles, nous en avons sélectionnés 9, répondant aussi bien à la perception des patients, qu'à celle de la famille.

Stratégies de recherche

Pour nos articles scientifiques, nous avons consulté les banques de données suivantes :

CINAHL

(<http://web.a.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=0&sid=bfc76063-34f7-40ff-8517-62034bbdef3e%40sessionmgr4007>)

et

PubMed

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) . Nous avons découvert des articles scientifiques nous permettant de répondre à notre problématique.

Ci-dessous, voici les différents mots clés que nous avons utilisés pour nos recherches d'articles scientifiques autant pour CINAHL que pour PubMed.

Tableau 1

Mots clés pour les bases de données

Français : Mots-clés	Anglais MeSh Terms et CINAHL descriptors
Satisfaction des patients	Patient Satisfaction
Département des urgences	Emergency department
Département des urgences à l'hôpital	Emergency Service, Hospital
Recherches qualitatives	Qualitative Research

Tableau 2

Stratégie numéro 1

Banque de données	CINAHL
Technique	patient satisfaction AND emergency department AND qualitative research
Nombre d'articles trouvés	69 articles trouvés
Limite de publication à 2008	
Nombre d'articles trouvés	46 articles trouvés dont 8 sélectionnés
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Considine, J., Smith, R., & McCarthy, S. (2010). Older peoples' experience of accessing emergency car. <i>Australasian Emergency Nursing Journal</i>, 13, 61-69. • Doohan, I., & Saveman, B-I. (2015). Need for compassion in prehospital and emergency care : A qualitative study on bus crash survivorss' experiences. <i>International Emergency Nursing</i>, 23, 115-119. • Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2009). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. <i>International Emergency Nursing</i>, 18, 80-88. • Johnson, M., Goodacre, S., Tod, A., & Read, S. (2009). Patients' opinions of acute chest pain care: a

	<p>qualitative evaluation of Chest Pain Units. <i>Journal of advanced nursing</i>, 65(1), 120-129.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mary, P., & Al Grad, H. S. (2017). A Research Critique on Lived-in Experiences of Significant Others of Patients Admitted in Emergency Department at Selected Hospitals. <i>International Journal of Nursing Education</i>, 9(3), 23-27. • Möller, M., Fridlund, B., Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>; 2010; 24; 746-754. doi : 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x. • Rutherford, K. A., Pitetti, R. D., Zuckerbraun, N. S., Smola, S., Gold, M. A. (2010). Adolescents' Perceptions of Interpersonal Communication, Respect, and Concern for Privacy in an Urban Tertiary-Care Pediatric Emergency Department. <i>Pediatric Emergency Care</i>, volume 26. • Welch, S. J. (2010). Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department: A Qualitative Review. <i>American Journal Of Medical Quality</i>, 25 (1), 64-72. Doi : 10.1177/1062860609352536.
--	---

Tableau numero 3

Stratégie numéro 2

Banque de données	PubMed
Technique	((“Qualitative Research” [MeSh]) AND “Emergency Service, Hospital” [MeSh]) AND “Patient Satisfaction” [MeSh]
Résultats	42 articles trouvés don't 1 sélectionné
Article sélectionné	Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency department : a review of the literature. <i>Accident and emergency nursing</i> , 12, 159-165. Doi : 10.1016/j.aaen.2004.04.001

Validité de la revue

Nous avons élaboré pour chaque article scientifique deux grilles d'analyse. La première est une grille de résumé nous permettant de ressortir les éléments nécessaires à l'élaboration de notre revue de littérature. La seconde est une grille de lecture critique nous permettant d'évaluer la qualité des articles. Après l'élaboration de nos différentes grilles, nous avons repris chaque résumé de chaque étude, en groupe (étudiantes et directrice du *Bachelor Thesis*), afin de nous assurer de la qualité des études et de nous faire notre propre opinion sur celles-ci. Par la suite, nous avons ressorti les résultats de chaque article en les regroupant par thématique : perception du patient et perception de la famille. Ceci nous a permis de former une première catégorisation de résultats, que nous avons analysés avec l'aide de la directrice du *Bachelor Thesis*. Après quelques ajustements, cette mise en commun a donné les catégories présentées au chapitre suivant. Nous avons su que notre classification était la bonne du fait que chaque résultat ne rentrait que dans une catégorie. Concernant l'analyse des articles, nous avons d'abord choisi un premier article que nous avons chacune, indépendamment, traduit et analysé (les étudiantes et la directrice du *Bachelor Thesis*), dans le souci d'avoir une bonne analyse et compréhension commune des articles. A propos des grilles d'analyse des articles, certains critères ne furent parfois pas mentionnés (cadre théorique ou conceptuel, considération éthique, recommandations, ...). Toutefois, nos neuf articles occupaient les 60% des points demandés dans les grilles d'analyse d'articles scientifiques. Les deux derniers d'entre-eux, soit des revues de littérature, présentaient des aspects manquants ou peu clairs ; ils furent toutefois retenus en raison des résultats présents

dans les études et qui s'avéraient être intéressants et donnaient de bonnes informations pour les différents aspects de notre problématique.

Résultats

En fonction du devis des articles, une grille de résumé et une grille d'évaluation ont été utilisées pour analyser chacun des neuf articles choisis. Trois revues systématiques, deux articles qualitatifs-mixtes et quatre articles qualitatifs ont été retenus et analysés.

Tous les articles sélectionnés apportent des informations pertinentes sur la perception de la satisfaction des patients ainsi que de l'importance d'une analyse qualitative d'un tel sujet, permettant ainsi une approche holistique de celui-ci. Différentes populations sont intégrées dans ces articles : adolescents (Rutherford, Pitetti, Zuckerbraun, Smola, & Golde, 2010), adultes (Möller, Fridlund, & Göransson, 2010 ; Doohan & Saveman, 2015 ; Nairn, Whotton, Marshal, Roberts, & Zwann, 2004 ; Johnson, Goodacre, Tod, & Read, 2009 ; Gordon, Sheppard, & Anaf, 2009 ; Welch, 2010 ; Mary & Al Grad, 2017) et personnes âgées (Considine, Smith, & McCarthy, 2010 ; Doohan & Saveman, 2015). Au vu de l'hétérogénéité de la population, les résultats sont d'autant plus probants du fait qu'ils impactent tous les types de population.

Les articles scientifiques choisis pour cette revue de littérature sont critiqués et analysés dans l'appendice A. L'ensemble de nos articles nous paraissent être de bonne qualité ; ils nous procurent des informations essentielles pour répondre à notre problématique. Nos articles sont classés en deux catégories ; la perception des patients (Considine et al., 2010 ; Doohan & Saveman, 2015 ; Gordon et al., 2009 ; Johnson et al., 2009 ; Möller et al., 2010 ; Rutherford et al., 2010 ; Welch, 2010 ; Nairn et al. 2004), la perception des familles des personnes soignées (Mary et al., 2017). L'article qualitatif de Mary et al. (2017) est d'excellente qualité. En effet, il remplit tous les critères des grilles d'analyse qualitative demandés et conforte les résultats apportés par les huit autres articles.

Concernant les articles traitant de la perception de la satisfaction des patients, ceux de Considine et al. (2010), Doohan et Saveman (2015), Möller et al. (2010) (rapports d'études qualitatives), les articles de Johnson et al. (2009), Rutherford et al. (2010) (rapports d'étude qualitatives mixtes) et celui de Gordon et al. (2009) (revue systématique) sont tous de bonne qualité, remplissant les critères demandés dans les grilles d'analyse d'articles, et apportant des informations pertinentes sur notre problématique. Toutefois, les revues systématiques de Nairn et al. (2004) et de Welch (2010) ne répondaient pas à tous les critères d'analyse de la grille ; ils atteignaient cependant 60% des points demandés. Les critères manquants n'étaient simplement pas mentionnés dans les revues (par exemple la méthode). Nous avons tout de même incorporé ces revues, au vu de l'importance des informations données par celles-ci. De plus, elles apportent un aperçu de la perception de la satisfaction des patients sur huit ans. Dans chaque étude, un consentement éclairé a été obtenu de la population interrogée.

Comme énoncé dans la théorie des soins centrés sur la Personne, pour nous la Personne comprend à la fois le patient et ses proches. C'est pourquoi, nous n'avons pas effectué de catégorie de perceptions de la famille et de celles du patient. La catégorisation des résultats de nos revues de littérature nous a aidé à former celles de cette revue. En effet, les deux revues présentent une classification assez proche. Nous avons complété et adapté cette catégorisation et obtenu les catégories suivantes : l'établissement, les compétences du personnel soignant (compétences relationnelles et compétences techniques), le temps d'attente et la gestion de la douleur. Les perceptions de la famille nous ont permis d'enrichir et de compléter les catégories déjà formées.

Tableau 4

Résumé des résultats

Auteurs et date	Devis et question	Population	Résultats
Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004)	Revue de littérature Le but de la revue est de connaître la satisfaction et l'expérience des patients aux urgences	Patients se rendant dans un service d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> – Temps d'attente – Communication et information – Aspect culturel des soins – Douleurs et expérience du patient – Environnement des urgences – Dilemme en accédant à l'expérience du patient
Johnson, M., Goodacre, S., Tod, A., & Read, S. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> – Une étude descriptive explorative qualitative qui fait partie d'une étude mixte – Le but de l'étude était d'explorer les questions que les patients jugeaient importantes dans leurs expériences de soins, et d'élaborer des explications possibles pour les principaux résultats de l'essai. 	Vingt-six patients qui avaient reçu des soins suite à des douleur thoracique à un site d'intervention d'urgence ou de contrôle ont été interviewés au royaume-uni	<ul style="list-style-type: none"> – Interactions avec les professionnels de la santé – Donner de l'information – Réassurance diagnostic – Expériences de sortie
Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2009).	<ul style="list-style-type: none"> – Revue systématique Quels facteurs affectent l'expérience du patient au sein du service des urgences, révélée exclusivement par la littérature de qualité ?	10 études qualitatives publiées entre 1992 et 2005. Différentes populations au sein d'un service d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> – Émotions d'urgence : La plupart des patients arrivent à l'urgence avec la perception que leur blessure ou leur état est grave ou menace la vie. – Soins psychosociaux et émotionnels : La sollicitude de l'urgence, ou le manque de soins, pour les besoins émotionnels et psychosociaux des patients – Tolérance personnelle : Les patients ont excusé les infirmières pour le manque d'attention tout en ressentant de la détresse ou de la frustration à leur traitement. – Communication et information : La communication et la fourniture d'informations ont été signalées comme ayant un impact important sur l'expérience des patients aux urgences.

			<ul style="list-style-type: none"> – Attendre : L'attente était un facteur important influençant l'expérience des patients de l'urgence. – Famille aux urgences : Les amis ou la famille ont joué un rôle important dans la prise en charge du bien-être du patient aux urgences. – Environnement d'urgence : L'environnement a été critiqué pour les lits et les chariots durs et inconfortables.
Considine, J., Smith, R., & McCarthy, S. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Etude qualitative <p>L'objectif de ce document sera l'expérience des circonstances menant les personnes âgées au département d'urgence, au transport aux urgences et le processus de triage.</p>	Des personnes âgées de 65 ans et plus, ayant leur capacité de discernement, dans un service d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> – Variation de la fréquence de l'utilisation des services d'urgence par les personnes âgées. Les résultats de cette étude ont mis en évidence la variabilité de la fréquence d'utilisation des services d'urgence par les participants à l'étude. – Réticence à accéder aux soins des urgences. Les participants et les soignants ont décrit la réticence à chercher des soins d'urgence même lorsque des soins d'urgence étaient clairement nécessaires – Expériences mixtes d'attente. Diverses expériences de patients ont été rapportées concernant l'attente – Facteurs perçus influençant l'accès aux soins d'urgence. Les points de vue des participants et des soignants sur l'accès aux soins d'urgence étaient mitigés.
Möller, M., Fridlund, B., Göransson, K. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Article qualitatif phénoménographique. <p>Décrire les conceptions des patients à l'égard de la rencontre de triage à l'urgence</p>	Vingt patients adultes ont été interrogés durant leur temps d'attente aux urgences, en semaine, de 9h à 21h et sans problème de communication en suédois	<ul style="list-style-type: none"> – Rencontre humaine (prendre le patient comme humain à part entière) – Rencontre logistique (marche à suivre aux urgences) – L'échange d'informations (manque de communication) – L'impact de l'environnement
Rutherford, K. A., Pitetti, R. D., Zuckerbraun, N. S., Smola,	<ul style="list-style-type: none"> – Article qualitatif mixte approfondi. <p>Mesurer la satisfaction globale perçue des adolescents avec les soins de santé dans un service d'urgence pédiatrique, identifier les facteurs clés qui ont contribué à la satisfaction et déterminer comment ces facteurs</p>	Échantillon de commodité de 100 adolescents, homme et femme, âgés de 13 à 21 ans, dans un service d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> – Quantitatif : La plupart des répondants à l'enquête (95 %) ont déclaré qu'ils étaient satisfaits de leur expérience globale en matière de service, sans qu'il n'y ait d'incidence significative différence selon les groupes d'âge

S., Gold, M. A. (2010)	interagissent avec la durée du séjour et l'acuité du triage		<ul style="list-style-type: none"> – Qualitatif : 4 domaines distincts ont été créés ; l'efficacité de l'intervention. la communication interpersonnelle, l'amélioration du confort, et raccourcir la durée d'attente
Welch, S. J. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Revue systématique <p>Aller au cœur de l'expérience du patient dans les soins, pour savoir ce qui définit vraiment la satisfaction pour lui</p>	Études qualitatives, de 2000 à 2008, traitant de la satisfaction des patients dans les services d'urgences	<ul style="list-style-type: none"> – Temps d'attente ; l'une des plus importantes variables contribuant à la satisfaction du patient – Compétences techniques ; des bonnes compétences techniques améliorent la satisfaction du patient – Gestion de la douleur ; principal symptôme qui amènent les patients aux urgences – Communication des informations ; le manque d'information a un effet plus important sur la satisfaction des patients que le temps d'attente perçu ou autres facteurs de corrélation – Attitude empathique ; empathie et Patient Centré sont en corrélation directe avec l'amélioration de la satisfaction du patient
Doohan, I., & Saveman, B-I. (2015).	<ul style="list-style-type: none"> – Etude qualitative descriptive <p>Le but de cette étude est d'explorer les expériences des survivants après un accident de bus majeur.</p>	54 survivants de l'accident d'autobus : 21 femmes et 33 hommes. Les âges variaient entre 23 et 69 ans (moyenne 43)	<ul style="list-style-type: none"> – Manque de compassion parmi les professionnels peut affecter le bien-être d'un patient à un degré où il reste l'un des pires souvenirs de la journée de l'accident.
Mary, P., & Al Grad, H. S. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> – Recherche qualitative <p>Les infirmières, doivent toujours se soucier de soulager les souffrances physiques du patient seul. Quelle est notre contribution à la souffrance mentale des membres de la famille ? Comment cela peut-il être corrigé ? La souffrance mentale et la satisfaction des membres de la famille d'un patient admis aux urgences</p>	Membres de la famille du patient, amis et parents, présents aux urgences au cours de la période d'étude, et qui remplissaient les critères d'inclusion avec la taille de l'échantillon de 12.	<p>Six dimensions ont émergé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Physiques – Physiologiques – Psychologiques – Sociales – Spirituelles – Économiques

Environnement

L'environnement a un certain impact sur la satisfaction des patients aux urgences. Vingt personnes interrogées durant leur attente aux urgences d'un hôpital suédois relatent qu'un environnement chaleureux et accueillant dans la salle de triage se voit être un élément positif concernant la satisfaction des patients (Möller et al., 2010). En revanche, le manque de confort des lits, le manque d'intimité auditive et visuelle dans la salle d'attente provoquent un sentiment d'inconfort chez les patients (Gordon et al., 2009 ; Nairn et al., 2004). L'acuité des patients ainsi que le manque d'espace et de personnel soignant ont également un impact négatif sur la satisfaction des patients et peuvent engendrer de la violence, de l'anxiété, de la souffrance de la part des Patients et diminuer la productivité du personnel soignant. Selon Nairn et al. (2004), les hôpitaux se concentrent aujourd'hui davantage sur l'efficacité de l'institution plutôt que sur la qualité de leurs soins, ce qui peut engendrer auprès des patients l'impression de faire partie d'une chaîne industrielle (Nairn et al., 2004). Des personnes perçues comme alcoolisées, sous l'emprise de drogue ou encore souffrant de douleurs importantes semblent perturber le confort des patients aux alentours (Gordon et al., 2009). De plus, une revue systématique comprenant dix études qualitatives publiées entre 1992 et 2005 met en avant le fait que les personnes âgées relatent un sentiment de faim, de soif et de froid durant l'attente, ce qui altère leur bien-être et donc leur satisfaction (Gordon et al., 2009). Un dernier facteur pouvant avoir un impact sur la satisfaction des patients et étant lié à l'établissement est la présence des familles. En effet, suivant dans quelle étape du triage se trouvent les patients, la famille a le droit ou non d'être présente. Il a été relevé que la présence de

celle-ci permet de soulager l'anxiété des patients et de réduire le sentiment de solitude (Gordon et al.).

Compétences des infirmières

Compétences relationnelles

Certaines attitudes des professionnelles telles que le calme, l'humour, le fait de rassurer les patients, la gentillesse, l'attention, la bienveillance, la compassion, la surveillance et la prudence permettent de réduire la peur, l'anxiété et aussi de maintenir un sentiment de normalité dans un environnement étranger aux patients. Cet aspect concerne les patients d'un hôpital suédois ayant participé à une étude qualitative, ainsi que 26 patients ayant reçu des soins pour des douleurs thoraciques dans différents types de services d'urgence aux Royaume-Unis, et aussi une population d'adolescents de 13 à 21 ans dans un service des urgences en Pennsylvanie (Möller et al., 2010 ; Johnson et al., 2009 ; Rutherford et al., 2010 ; Nairn et al., 2004). Selon Gordon et al. (2009), les besoins émotionnels et psychosociaux des patients sont des aspects sur lesquels il faut porter attention. En effet, les patients appréciaient un personnel soignant chaleureux et attentif aux besoins variés des patients et qui pouvaient ainsi les anticiper. De plus, la sensibilité des infirmières pour comprendre les problèmes des patients a été perçue comme une attitude augmentant la satisfaction des patients (Nairn et al., 2004). Le temps d'écoute accordé par l'équipe soignante a été accueilli avec gratitude par les patients (Gordon et al., 2009). La famille du patient ressent le besoin d'être entendu concernant leurs

besoins spirituels. Effectivement, selon une étude menée en Inde en 2017, cela leur permettrait d'être satisfaite dans toutes les autres dimensions (Mary & Al Grad, 2017).

L'empathie a été identifiée par les personnes des études recensées par Welch (2010) comme un facteur influençant fortement et positivement la satisfaction et le bien-être des patients. (Welch, 2010). En effet, les Personnes ont apprécié que l'on tienne compte de l'ensemble de leurs besoins et de leur personne (Möller et al., 2010 ; Nairn et al., 2004). En outre, l'indifférence, le manque de compassion et de compréhension de certains professionnels ainsi que le stress qu'ils peuvent communiquer aux patients sont perçus comme des aspects négatifs pouvant nuire à la satisfaction (Doohan & Saveman, 2015). Un patient ayant été victime d'un accident d'autobus relate la chose suivante : « Il avait regardé dans de vieux dossiers d'hôpital et avait vu que j'avais éprouvé des douleurs dans le dos quand j'étais au lycée et quand je lui ai dit que j'avais mal dans le dos il m'a simplement dit « oui, oui, mais ça c'était déjà d'avant. Il a fait preuve de négligence en pensant que ça ne servait à rien de s'inquiéter, cela aurait pu être autre chose. » (Doohan & Saveman, 2015). Un patient affirme : « Vous appréciez beaucoup les infirmières quand elles sont gentilles et chaleureuses. Ce n'est pas agréable d'être pris en charge par quelqu'un qui ne se soucie pas vraiment de vous. » (Gordon et al., 2009). Un autre patient ayant été victime d'un accident de bus relate : « Ce qui m'a rendu très contrarié ce jour-là, c'est quand j'ai demandé comment j'allais rentrer à la maison et qu'on m'a répondu « Eh bien, vous devrez prendre le bus. » Je devais rentrer chez moi avec ma chemise tâchée de sang et la veste que je portais dans l'accident. Je venais d'avoir un accident de bus et ils me disaient de rentrer chez moi en bus... J'avais un bandage sur le menton, un visage meurtri et des vêtements tâchés de sang. C'était horrible. » (Doohan et al., 2015). Le respect de l'intimité s'est avéré porter beaucoup d'importance sur la satisfaction des patients (Rutherford et al., 2010 ; Doohan et al.,

2015 ; Considine et al., 2010). Cet aspect est relaté chez les patients âgés de 13 à 21 ans, chez les patients adultes et aussi chez les personnes de plus de 65 ans. Toutefois, celui-ci n'est pas en corrélation prioritaire avec la satisfaction des patients (Rutherford et al., 2010 ; Doohan & Saveman, 2015 ; Considine et al., 2010). Les compétences infirmières en éducation sur la santé permettent également d'améliorer la satisfaction du patient (Nairn et al., 2004). Un deuxième aspect relationnel ayant un impact sur la satisfaction des patients sont les compétences de communication du personnel soignant. La capacité d'adapter le langage professionnel à l'interlocuteur est un aspect perçu comme important par les patients (Gordon et al., 2009). Pour les personnes âgées, l'âgisme et plus particulièrement la manière condescendante dont les infirmières communiquent avec eux a un impact important sur leur satisfaction (Nairn et al., 2004). Un autre aspect de la communication concerne les proches du patient. Il est vrai que ceux-ci ont besoin d'être tenus informés de la situation afin de se sentir soutenus et impliqués et ainsi remplir le besoin de bien-être de la Personne : « Je ne peux pas bien dormir parce que ma belle-mère est admise aux urgences. Je ne sais pas ce qui se passe avec elle, je n'ai reçu aucune information sur son état de santé de la part du personnel soignant, alors je suis tendue. » (Mary & Al Grad, 2017).

Compétences techniques

Les compétences techniques du personnel soignant ont également un impact sur la satisfaction des patients (Welch, 2010). Il a été énoncé que les infirmières spécialisées dans les services d'urgence sont reconnues par les patients comme hautement compétentes, bien informées de la situation en cours et plus empathiques. Ce personnel semble également être plus compétent dans l'établissement d'une

relation en tenant compte des valeurs, préférences et préoccupation des patients (Johnson et al., 2009). Un autre aspect pouvant affecter la satisfaction des patients est l'expérience des professionnels. En effet, si un membre du personnel effectue un soin pour la première fois, le patient aura tendance à être moins satisfait que si le soin est connu et maîtrisé (Welch, 2010).

Temps d'attente

Dans cette revue, il est plutôt question de perception du temps d'attente que le temps d'attente réel. Effectivement cette perception est un des facteurs principaux influençant la satisfaction des patients, autant pour les patients âgés de plus de 65 ans que ceux regroupés dans la revue systématique analysant des études sur huit ans (Welch, 2010 ; Considine et al., 2010). Certains patients interrogés lors d'une étude aux Royaume-Unis ont pu ressentir une frustration du fait de la longue attente aux urgences pour qu'au final on leur transmette que tout va bien et qu'ils peuvent rentrer (Johnson et al., 2009). Concernant le temps d'attente réel, les patients semblent être plus satisfaits s'ils reçoivent un traitement pour leurs symptômes dès leur arrivée aux urgences, même si le temps global est important (Nairn et al., 2004). Les conditions d'attente telles que l'environnement, l'inconfort, le non-respect de l'intimité, l'isolement et le sentiment d'abandon affectaient de manière négative la satisfaction des patients et ce, autant pour les personnes âgées de plus de 65 ans, que les adolescents de 13 à 21 ans. (Considine et al., 2010 ; Rutherford et al., 2010). Certains patients relatent ne pas être informés du système de triage par priorité et donc ne pas comprendre pourquoi le temps d'attente peut être si long dans certains

cas. Ils disent que s'ils avaient été informés de cet aspect, ils auraient été plus compréhensifs (Möller et al., 2010). Selon Nairn et al. (2004), il est important de gérer le temps d'attente car celui-ci est autant une expérience psychologique que physique pour les patients.

Gestion de la douleur

La douleur comprend plusieurs aspects et conséquences. Tout d'abord, la gestion de celle-ci. Il a été démontré, grâce à la revue systématique regroupant la satisfaction des patients sur 8 ans, qu'une réduction rapide de la douleur dissuade le patient de quitter les urgences avant d'avoir vu un médecin, et augmente la satisfaction des patients (Welch, 2010). Pour être satisfaits les patients n'ont pas besoin d'une éradication totale de la douleur mais d'une diminution de celle-ci à un seuil gérable (Nairn et al., 2004). Certaines douleurs sont perçues comme menaçantes par les patients et de ce fait ils craignent pour leur vie. Ceci peut engendrer un sentiment de vulnérabilité, d'anxiété, de stress et de crainte pouvant entraîner une perte de l'autonomie, et affectant le bien-être de la Personne (Nairn et al., 2004). En raison du temps d'attente prolongé à l'extérieur du service des urgences, l'entourage du patient peut aussi être victime de douleurs corporelles (crampes, céphalées, etc....) : « Je me sens étourdie, fatiguée et j'ai mal à la tête en raison de l'attente prolongée à l'extérieur du service des urgences. » (Mary & Al Grad, 2017).

Information

De manière générale, les patients sont plus satisfaits s'ils reçoivent régulièrement des informations (Nairn et al., 2004).

La quantité et la qualité des informations données ne sont pas toujours perçues de manière identique et optimale par les patients et les soignants. Les soignants ont tendance à surévaluer la quantité d'information qu'ils donnent aux patients (Welch, 2010). Les patients ne sont parfois pas en mesure d'intégrer adéquatement l'information donnée par les soignants, ceci en raison d'un état cognitif parfois diminué, de l'anxiété présente, de la peur, de la fatigue et d'un état de conscience probablement altéré : « Tu sais quand tu as une conversation et que tu es à moitié endormi, tu ne fais pas vraiment attention, et maintenant que c'est fini j'aurais probablement voulu demander plus d'informations. » (Jonhson et al., 2009). De plus, le manque d'information se fait ressentir plus spécifiquement une fois le patient sorti de l'hôpital. Effectivement, une fois chez lui, le patient a le temps de réfléchir à son expérience vécue aux urgences et d'en discuter avec son entourage concernant la prise en charge future. Il est donc primordial d'évaluer la compréhension des informations données au patient avant son départ des urgences (Jonhson et al., 2009).

Le besoin d'information sur le temps d'attente est relaté comme important par les patients. Un patient d'un hôpital en Suède rapporte : « le manque d'information sur la durée d'attente est pire que l'attente en elle-même » (Möller et al., 2010). L'information sur le temps d'attente permettrait une diminution des conséquences négatives telles que ; l'incertitude et la détresse physiologique. Cependant, il peut être compliqué de fournir des informations sur le temps d'attente des services d'urgence. Le personnel soignant du service des urgences est souvent incapable de

donner des informations précises sur les temps d'attente aussi bien au patient qu'à sa famille, car les demandes de soins évoluent rapidement (Considine et al., 2010). Le manque d'information sur un temps d'attente prolongé accroît le risque de comportements violents de la part des patients ou de leur famille envers le personnel soignant (Considine et al., 2010).

Les patients attendent plus d'informations sur les examens, le diagnostic, l'état du patient, le traitement et les procédures techniques : « J'aurais juste aimé avoir un peu plus d'informations sur ce qu'ils faisaient à mon corps et quels médicaments ils me donnaient et quelles injections ils me faisaient. Je voulais savoir à quoi cela servait et personne ne me l'a dit. » (Nairn et al., 2004 ; Gordon et al., 2009). De plus, ce manque d'information peut également se faire ressentir par la famille du patient. En effet, celle-ci a parfois l'impression de ne pas être considérée en vue du manque d'information sur la situation actuelle et le pronostic de leur proche : « Je n'ai pas envie de manger parce que je ne sais pas ce qu'il adviendra de mon père. » (Mary & Al Grad, 2017).

Discussion

Réponse à la question de recherche

La réponse apportée par notre revue de littérature parle des perceptions de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences. Les neuf articles utilisés nous ont permis de souligner plusieurs aspects concernant la perception de la satisfaction des patients pouvant avoir un impact positif et /ou négatif sur celle-ci. La perception positive de la satisfaction et du bien-être du patient est liée à un environnement chaleureux et accueillant ; les attitudes positives du personnel soignant (calme, rassurant, jovial, gentil, attentionné et prudent) ; l'empathie ; la centration des soins sur la Personne, les bonnes compétences de communication du personnel soignant ; l'adaptation du langage professionnel face aux différents interlocuteurs ; les hautes compétences techniques des infirmières spécialisées travaillant aux urgences ; une bonne gestion de la douleur.

Une perception négative de la satisfaction et du bien-être est liée à un manque de confort et d'intimité dans les salles d'attente ; un manque d'empathie et de compréhension de la part des professionnels ainsi que leur stress ; une mauvaise communication inter personnelle qui empêche d'anticiper les besoins du patient et donc augmente les risques de détérioration de l'état de celui-ci ; des conditions d'attente telles que l'isolement et le sentiment d'abandon. Un manque d'information donnée ou une mauvaise intégration de l'information pendant et après l'hospitalisation semble ressenti comme un inconfort important pour le Patient, ainsi que l'absence d'informations sur le temps d'attente.

Critique des articles scientifiques

Premièrement, cette revue comprend des articles ayant des devis qualitatifs, qualitatifs mixtes et systématiques. Le poids des résultats d'une revue systématique n'est pas le même que celui d'un article qualitatif : une revue est une synthèse de plusieurs articles alors qu'un article qualitatif ne comprend qu'une seule étude. Deuxièmement, en vue de la complexité de ce thème, les populations de nos études ne sont pas homogènes et donc comprennent des adolescents, des adultes et des personnes âgées. Deux articles seulement ont des populations cibles mentionnées : les personnes âgées et les adolescents. La comparaison est donc plus difficile et moins précise. Troisièmement, le lieu et le moment de récolte de données ne sont pas similaires pour tous les articles. En effet, certains patients sont interrogés directement aux services des urgences, au moment même de leur prise en charge, alors que d'autres ont été interrogés une fois rentrés à domicile. Les perceptions des patients peuvent donc diverger en raison des diverses émotions ressenties durant l'expérience aux urgences ou après réflexion à domicile. Enfin, les pays dans lesquels se sont déroulées les études ne sont pas les mêmes et de ce fait les perceptions peuvent varier en vue de possibles différences culturelles, environnementales et socio-économiques. Malgré les importantes différences citées ci-dessus, tous les résultats des différents articles choisis pour cette revue convergent. C'est pourquoi la présente revue reste fiable.

Liens entre les résultats et la théorie de soins centrés sur la Personne

McCormack et McCance préconisent différentes composantes nécessaires pour prodiguer des soins centrés sur la Personne : une structure et un processus qui mènent à la réalisation de l'outcome (voir figure 1). Dans ce chapitre, les liens entre

les composantes de la théorie de soins centrés sur la Personne et les résultats obtenus dans l'analyse des articles sont présentés (voir figure 2).

La structure représente pour les Patients l'environnement, un cadre chaleureux, accueillant et confortable dans lequel la famille du patient peut être intégrée (Möller et al., 2010 ; Gordon et al., 2009). Selon Nairn et al. (2004), les hôpitaux se concentrent aujourd'hui davantage sur l'efficacité de l'institution plutôt que sur la qualité de leurs soins, ce qui peut engendrer auprès des patients l'impression de faire partie d'une chaîne industrielle (Nairn et al. 2004). Ces aspects symbolisent des aspects fondamentaux basés sur l'environnement physique.

Pour les Patients, travailler avec leurs croyances et leurs valeurs consistent à prendre en compte et respecter leurs besoins spirituels (Mary & Al Grad, 2017)

Pour les Patients, une infirmière engagée est capable de fournir des informations de bonne qualité et quantité (Welch, 2010), s'assurer que les informations données soient intégrées par le patient (Johnson et al., 2009), donner régulièrement des informations aux Personnes (Nairn et al., 2004), permettre à chaque Patient d'avoir un temps d'écoute adapté à ses besoins (Gordon et al., 2009), tenir les Patients informés sur le temps d'attente (Möller et al., 2010).

Sur la base des études et revues de littérature intégrées dans cette revue, il ressort que la prise de décision partagée n'est pas un aspect revendiqué par les Patients aux urgences. En effet, si les Patients sont tenus informés de leur état de santé et de leur prise en charge (Welch, 2010), et si l'infirmière qui s'occupe d'eux est engagée avec les aptitudes citées ci-dessus, alors le patient n'exprime pas le besoin de prise de décision partagée.

L'empathie est ressentie par les patients si les infirmières font preuve de calme, d'humour, de réassurance, de gentillesse, de compassion, de bienveillance, de

surveillance et de prudence (Möller et al., 2010 ; Johnson et al., 2009 ; Rutherford et al., 2010 ; Nairn et al., 2004). Toutes les attitudes en lien avec la philosophie du *Caring* sont perçues comme positives par les patients (Welch, 2010). Pour finir les attitudes de la théorie des soins centrés sur la Personne, citées plus haut (voir figure 1), sont également perçues comme positives car elles permettent de prendre la personne dans son ensemble, attitude demandée et appréciée par les patients (Möller et al., 2010 ; Nairn et al., 2004).

Pour les Patients, fournir des soins holistiques comprend les compétences des infirmières en éducation sur la santé (Nairn et al., 2004), la prise en compte des besoins émotionnels et psychosociaux (Gordon et al., 2009), la considération de l'expérience physique et psychologique des Patients concernant le temps d'attente (Nairn et al., 2004) ainsi que tenir compte des aspects psychologiques (anxiété, stress, besoins émotionnels, etc....) et physique (gestion de la douleur) (Gordon et al., 2009 ; Welch, 2010). Les Patients ont besoin que leurs problèmes, autant physiques que psychiques, soient compris et pris en considération (Nairn et al., 2004).

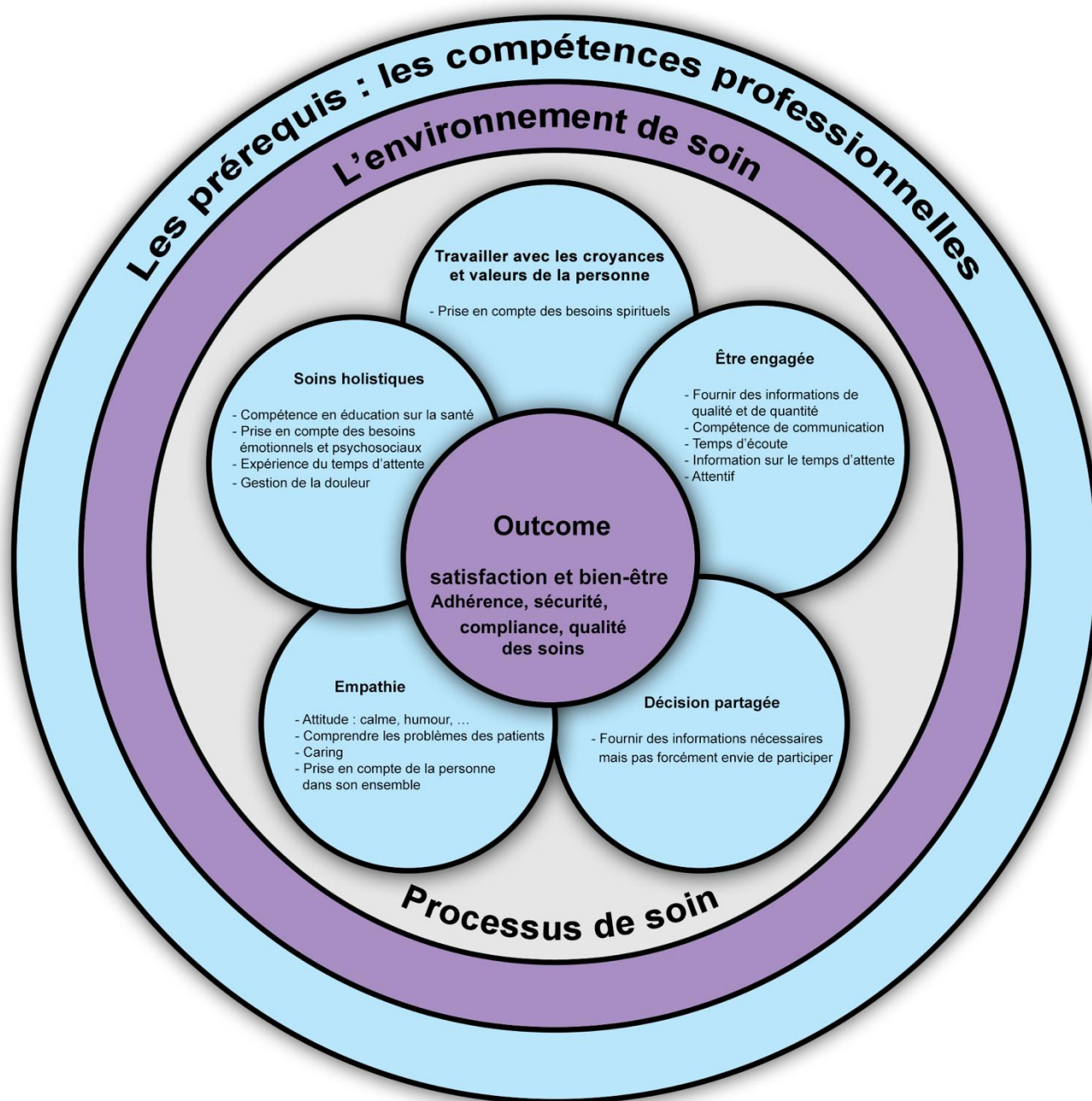


Figure 2: Théorie de soins intermédiaire centers sur la Personne en lien avec la satisfaction et le bien-être des Patients aux urgences de Aebischer, Roussi et Wolhauser (2018)

Recommandations

Recommandations pour la pratique

Sur la base des résultats que nous avons intégrés dans notre revue, nous avons pu en ressortir trois messages principaux : l'attitude Caring et les soins centrés sur la Personne, l'individualisation des soins et la gestion de la douleur.

Les attitudes du Caring et de la théorie SCP peuvent être mises en place en tout temps. Il est important de prendre en compte l'expérience, les perceptions et les besoins réels, physiques, existentiels et psychosociaux du patient afin de le renseigner sur son état de santé et son pronostic. Cela permet de réduire le stress du patient et son anxiété et permet également d'augmenter la coopération de celui-ci et d'établir une relation de confiance avec la Personne (Mary et al., 2017 ; Doohan et al., 2015 ; Welch, 2010). Le manque de compétences relationnelles dans les équipes aux urgences affecte la perception de la satisfaction des patients. L'amélioration des compétences en communication ainsi que de l'approche empathique sont donc nécessaires. En agissant sur ces aspects, d'autres composantes seront mieux tolérées et de ce fait la perception de la satisfaction sera améliorée (Gordon et al., 2009 ; Welch, 2010). Pour ce faire, des cours de perfectionnement sont recommandés (Mary et al., ; Doohan et al., 2015). La présence d'infirmières spécialisées dans les services d'urgence semble particulièrement importante pour fournir aux patients des soins satisfaisants et la possibilité d'identifier et de discuter de leurs besoins individuels (Johnson et al., 2009). Les attitudes citées ci-dessus sont toutefois plus facilement mises en place si la dotation infirmière du service est correcte (Möller et al., 2010).

L'individualisation des soins comprend de fournir des soins holistiques et d'être attentif aux besoins en information des patients. Identifier les besoins en informations

de la Personne est primordial afin de lui fournir des informations de qualité et de quantité répondant à ses attentes, et ce pour tout type de patient, diagnostiqué ou non (Johnson et al., 2009 ; Welch, 2010). Donner plus de renseignements sur le système de triage et l'attente, ainsi que sur la prise en charge du patient est recommandé par Möller et al. (2010). Lors du triage aux urgences, une approche plus humaniste et holistique devrait être mise en place. En effet, cette approche est facilement oubliée si l'infirmière ne se concentre que sur les aspects médicaux (Möller et al., 2010). Comme le spécifie un « guideline » de Delbanco et Gerteis (2018), effectuer une récolte de données de chaque patient en tant qu'individu, prendre en compte les préférences et valeurs de chacun utiliser des outils d'enquête intégrant l'expérience du patient permettent de fournir des informations valides et fiables sur les aspects importants de la prise en charge (Delbanco & Gerteis, 2018). Plus spécifiquement pour les personnes âgées, des recherches sur un système de triage et un temps d'attente adaptés est recommandé dans l'article de Considine et al. (2010).

La douleur est un des principaux symptômes amenant les patients aux urgences. Une évaluation adéquate et une bonne antalgie sont donc nécessaires à l'amélioration de la satisfaction des patients (Nairn et al. 2004 ; Welch, 2010). Selon l'International affairs & best practice guidelines (IABPG (2013) « collaborer avec la personne pour identifier ses besoins en matière de prise en charge de la douleur et des stratégies convenables qui permettront d'assurer une approche exhaustive du plan de soins ». C'est un guideline probant de type Ib qui peut donc être utilisé comme recommandation pour la pratique.

Recommandation pour la recherche

L'article de Nairn et al. (2004) démontre qu'un des problèmes dans la mesure de la satisfaction des patients sont les questionnaires proposés. En effet, un bon nombre de ces questionnaires définissent la réponse du patient afin qu'elle corresponde aux questions prédéterminées qui sont considérées comme importantes par l'institution. En revanche, ces derniers ne considèrent pas les attentes, les valeurs et les besoins de la Personne, qui sont des items clés dans la mesure et l'amélioration de la satisfaction du patient (Nairn et al., 2004). Par exemple, on sait si oui ou non un patient a été satisfait de la prise en charge de la douleur, mais on ne sait pas pourquoi il a été satisfait ou non. Nous n'avons pas non plus les besoins réels des patients qui sont exprimés car tous ces questionnaires sont composés de questions fermées. C'est pourquoi les questionnaires de mesure de la satisfaction des patients devraient apporter des informations qualitatives et non quantitatives sur celle-ci. Cette constatation permet d'expliquer la non-évolution de la satisfaction des patients depuis de nombreuses années (Welch, 2010 ; Nairn et al., 2004).

Recommandations pour la formation

La théorie de soins centrés sur la Personne est une dimension centrale de la qualité des soins et influence les résultats de soins patients. La théorie de soins centrés sur la Personne permet des soins de meilleure qualité et augmente la satisfaction du patient (voir figure 1). En effet, cette méthode ayant une approche holistique du patient propose des attitudes infirmières à adopter pour répondre aux mieux aux besoins de la Personne soignée. Cette théorie, à portée de tout étudiant et tout infirmière, peut s'appliquer dans chaque domaine de soins. En vue de cette importance, les attitudes du caring et le processus de soins intégrant les éléments identifiés influants sur les résultats de soins comme la satisfaction ont beaucoup

d'importance. Ils devraient être intégrés dans le curriculum et structurer les éléments de la démarche de soins. Par conséquent, la théorie de soins centrés sur la Personne devrait faire partie de la formation bachelor en soins infirmiers.

Limites et forces de notre revue

Limites

Différents facteurs ont influencé le niveau de probation de notre revue de littérature. Le peu d'expérience dans la recherche et le temps à disposition ont joué un rôle à ce niveau. Nous n'avons pas pu définir une population spécifique en vue du peu d'articles traitant de notre sujet.

Forces

Tous nos articles comprenaient un contexte ciblé et remplissaient les critères d'analyse, ce qui nous prouve qu'ils sont fiables. Un bon nombre de verbatims ont pu être tirés des articles analysés, ce qui donne une bonne indication sur la perception réelle des patients. La perception des familles des personnes soignées renforce celle des patients. Ceci appuie nos résultats en leur donnant plus de fiabilité. De plus, plusieurs mêmes résultats se retrouvent dans différents articles, ce qui démontre l'importance de cette problématique.

Conclusion

La perception de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences comprend des aspects positifs et négatifs. Les résultats des différents articles analysés dans cette revue le démontrent et proposent des pistes d'interventions dans le but d'améliorer la perception de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences.

La théorie de soins centrés sur la Personne, ayant pour but d'améliorer la satisfaction des patients, nous a permis d'analyser les résultats en mettant le patient au centre. La catégorisation de nos résultats entre dans les différentes composantes des attitudes infirmières du schéma de McCormack et McCance (voir figure 1). Prendre en compte les valeurs, les besoins et les perceptions de la Personne sont des éléments fondamentaux à adopter dans l'amélioration et l'évaluation de la satisfaction et du bien-être des patients.

Cette étude a pour but d'apporter un éclairage sur les perceptions de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences. Il serait intéressant d'investiguer les perceptions de la satisfaction et du bien-être des patients dans les autres services de santé.

Références

Articles scientifiques

- Boudreaux, E., Cruz, B., Baumann, B. (2006). The Use of Performance Improvement Methods to Enhance Emergency Department Patient Satisfaction in the United States: A Critical Review of the Literature and Suggestions for Future Research. *The Society for Academic Emergency Medicine*, 13, 795-801.
- Boudreaux, E., O'Hea, E. (2004). Patient Satisfaction in the Emergency Department : A Review of literature and implacations for practice. *The journal of Emergency Medicine*, 26, 13-26
- Considine, J., Smith, R., & McCarthy, S. (2010). Older peoples' experience of accessing emergency car. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 13, 61-69
- Curran, J., Cassidy, C., Chiasson, D., MacPhee, S., Bishop, A. (2017). Patient and caregiver expectations of emergency department care : A scoping literature review. *International Emergency Nursing*, 32, 62-69
- Doohan, I., & Saveman, B-I. (2015). Need for compassion in prehospital and emergency care : A qualitative study on bus crash survivorss' experiences. *International Emergency Nursing*, 23, 115-119.
- Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2009). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18, 80-88.
- Jennings, N., Clifford, S., Fox, A., O'Connell, J., Gardner, G. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 421-435
- Johnson, M., Goodacre, S., Tod, A., & Read, S. (2009). Patients' opinions of acute chest pain care: a qualitative evaluation of Chest Pain Units. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 120-129.
- Mary, P., & Al Grad, H. S. (2017). A Research Critique on Lived-in Experiences of Significant Others of Patients Admitted in Emergency Department at Selected Hospitals. *International Journal of Nursing Education*, 9(3), 23-27.
- Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2015). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Global journal of health science*, 7(4), 30. doi:10.5539/gjhs.v7n4p30
- Mione, M. A. (2006). Examining the Controversy: Patient satisfaction surveys in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 28(2), 120-124.
- Möller, M., Fridlund, B., Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 746-754. doi : 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x.

- Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency department : a review of the literature. *Accident and emergency nursing*, 12, 159-165. Doi : 10.1016/j.aaen.2004.04.001
- Pham, J., Trueger, S., Hilton, J., Khare, R., Smith, J., Bernstein, S. (2011). Interventions to Improve Patient-centered Care During Times of Emergency Department Crowding. *Academy Emergency Medicine*, 18, 1289-1294
- Rutherford, K. A., Pitetti, R. D., Zuckerbraun, N. S., Smola, S., Gold, M. A. (2010). Adolescents' Perceptions of Interpersonal Communication, Respect, and Concern for Privacy in an Urban Tertiary-Care Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 26.
- Taylor, C., Benger, J. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J*, 21, 528-532
- Welch, S. J. (2010). Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department : A Qualitative Review. *American Journal Of Medical Quality*, 25 (1), 64-72. Doi : 10.1177/1062860609352536.

Uptodate

- Delbanco, T., Gerteis, M. (2018). A patient-centered view of the clinical-patient relationship. *Uptodate*. Repéré à https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship?search=satisfaction%20patient&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13

Sites

- Bathelot, B. (2017). *Définition : Échelle de Likert*. Repéré à <https://www.definitions-marketing.com/definition/echelle-de-likert/>
- Hôpital Fribourgeois. (2016). *L'infirmier d'accueil et d'orientation – IAO*. Repéré à <http://urgences.h-fr.ch/fr/hfr-fribourg-hc/organisation/infirmier-daccueil-et-dorientation-iao.html>
- Hôpital Fribourgeois. (2016). *L'infirmier responsable horaire – IRH*. Repéré à <http://urgences.h-fr.ch/fr/hfr-fribourg-hc/organisation/infirmier-responsable-horaire-irh.html>
- Institut Scientifique de Santé Publique. (2008). *Satisfaction du patientI*. Repéré à https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifr/CROSPFR/HISFR/his08fr/r3/11_satisfactiondupatient_ps_report3_fr.pdf

Office Fédéral de la Santé Publique. (2009). *Les politiques de la santé: les priorités du conseil fédéral*. Repéré à https://www.grea.ch/sites/default/files/sante_2020_medienbericht_fr.pdf

Secrétariat International des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2015). *La qualité des soins et la sécurité des patients: une priorité mondiale*. Repéré à <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SIDIIEF-M-moire-Qualit-des-soins.pdf>

Watson, J., (2018). *Watson Caring Science Institute*. Repéré à <https://www.watsoncaringscience.org/>

Documents électroniques

International affairs & best practice guidelines (IABPG). (2013). *Évaluation et prise en charge de la douleur*. Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_13-FRE_Lowres.pdf

Skjellaug, S., Marro, C. (2013). *Les perceptions des soins infirmiers par les patients, leurs déterminants et leurs conséquences*. Travail de Bachelor, Haute École de Santé Vaud. Repéré à http://doc.rero.ch/record/209215/files/HESAV_TB_Marro_2013.pdf

Livres

Doran, D., (2011), *Nursing Outcomes : The State of the Science*. USA : Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

Kitwood, T. M., & Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first* (Vol. 20, pp. 7-8). Buckingham: Open university press.

Lusk, J., & Fater, K. (2013). *A Concept Analysis of Patient-Centered Care*. Nursing forum, Apr-Jun2013, 48(2), 89-98.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Watson, J. (1998). *Le caring: philosophie et science des soins infirmiers*. (S.I.) : Seli Arslan

Appendices A

Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute École de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommés et clairement identifiés. »

Sarah Aebischer, Estelle Wolhauser et Frédérique Roussi

Appendice B

Grille de lecture et d'évaluation des articles scientifiques

Grille résumée pour l'analyse des revues systématiques

Titre de la revue	Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency department : a review of the literature. <i>Accident and emergency nursing</i> , 12, 159-165. Doi : 10.1016/j.aaen.2004.04.001
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Cet article analyse la littérature sur l'expérience du patient au départements des urgences. Nous identifions six thèmes dans la littérature: le temps d'attente, la communication, les aspects culturels des soins, la douleur, l'environnement et dilemmes en accédant à l'expérience du patient. Dans l'ensemble, la littérature provient d'Amérique du Nord et est à une approche quantitatif. Bien que les niveaux de satisfaction des patients sont élevés, un certain nombre de questions au sein de l'examen, qui suggèrent des domaines où la qualité des soins pourrait s'améliorer. Nous identifions donc la nature problématique de l'accès de l'expérience du patient et de suggérer des domaines futurs pour les chercheurs à explorer.
Objectifs (PICO)	<ul style="list-style-type: none"> - P : personne aux urgences - I : récolter des informations sur le temps d'attente, la communication, aspects culturelles des soins, la douleur, l'environnement et le dilemme de l'expérience du patient - C : services d'urgences - O : perception de la satisfaction
Sources (bases) des données	<ul style="list-style-type: none"> - Cinhal et Medline
Critères d'éligibilité ou caractéristiques des études (durée, années, langues,)	<ul style="list-style-type: none"> - Néant
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - Patients dans le service des urgences
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Regrouper des études qualitatives et quantitatives sur la satisfaction des patients
Méthodes d'évaluation de et de synthèse des études	<ul style="list-style-type: none"> - Etudes provenant des états-Unis, suède, royaume unis, australie, canada, hong kong, israël.

	<ul style="list-style-type: none"> – Les recherches américaines sont accès sur le quantitatif alors que les recherches de suèdes sont plutôt basées sur une approche qualitative. L'intention de l'étude était avoir un large aperçu des problèmes, c'est pour cela qu'ils ont pris toute les revues. – Les années des études ne sont pas clairement mentionnées dans la méthode mais dans les résultats nous pouvons constater que les études mentionnées datent de 1991 à 2003.
Résultats	<p>Les temps d'attente</p> <ul style="list-style-type: none"> – Derlet et Richards (2000) suggèrent qu'un long temps d'attente est directement lié à la satisfaction des patients. L'implication est que l'amélioration des temps d'attente va améliorer l'expérience du patient. En général, la littérature appuie cette affirmation. Néanmoins, cette relation apparemment simple n'est pas si simple, claire et nette. En effet, l'analyse des données parfois contradictoires sur la nature des résultats de la recherche donne à penser que le concept de satisfaction du patient est multidimensionnel et toute tentative d'isoler un aspect des soins et des services de santé puis d'extrapoler une relation avec la satisfaction, c'est ce qui heurte à des difficultés méthodologiques. Par exemple, Holden et Smart (1999) suggèrent ce qui suit ; pour les patients, les temps d'attente sont les plus longs. Un facteur important dans la satisfaction des patients, est plus au-dessus de l'attitude bienveillante du personnel. C'est directement contredit par Davis et Duffy (1999) dont les intimés étaient beaucoup plus préoccupés par la qualité de soins infirmiers que les temps d'attente. Les deux travaux de recherche sont australiens, mais ils n'en sont pas moins d'utiliser des méthodes différentes, des réglages différents pour leur recherche, ils posent des questions différentes et ont des tailles d'échantillons et des taux de réponse différents. Les deux utilisent des méthodes largement quantitatives et ce que cela indique est la difficulté de définir la satisfaction des patients en termes statistiques. Néanmoins, ces méthodes peuvent nous sensibiliser à certains thèmes qui influencent la satisfaction des patients. Fernandes et al (1997) et Spaitte et al (2002) ont trouvé que les départements les plus efficaces étaient ceux qui réduisant l'attente jusqu'à recevoir le traitement. Donc moins de patient restent sans traitement. En utilisant la mesure des patients sans être perçue comme une mesure de l'efficacité de la satisfaction des patients, ils ont été en mesure de suggérer l'utilisation de réduire les temps d'attente. – Dans cette recherche, ils ont constaté que la satisfaction des patients est améliorée lorsque les temps d'attente perçus étaient plus courts que prévu et leur niveau de satisfaction étaient plus bas lorsque les temps d'attente perçus étaient plus longs que prévu. Thompson et al. (1996a) explorent la relation entre le temps d'attente perçu et le temps d'attente réel. Ils ont mesuré le temps d'attente du médecin (PWT) et le total du temps d'attente (TWT). Les résultats sont quelque peu déroutant et suggèrent des problème méthodologique majeur. Par exemple, alors qu'un médecin a vu 17 patient Dans les 4 minutes, 14 de ces patients pensaient qu'ils avaient dû attendre entre une à deux heures et trois patients en 2 heures. Des anomalies similaires sont évidentes dans le TWT réel et perçu. Les auteurs reconnaissent certaines raisons méthodologique et logique des résultats, telles que

	<p>l'identification erronée entre infirmières et médecins, l'aléatation de l'états mental des patients, l'inexactitude ou l'absence d'horloges et d'éventuels malentendus sur les questions de l'enquête. Mais leur explication centrale est une explication psychologique qui met l'accent sur le fait que le temps inoccupé semble plus long que le temps occupé, et que l'anxiété et l'incertitude font ressentir les attentes plus longues. Cela illustre l'importance des compétences en matière d'information et de communication, qui peuvent influencer l'expérience du temps d'attente. Dans l'ensemble, leurs données montrent que les répondants ont surestimé le PWT et sous-estimé TWT. Etant donné les problèmes méthodologiques qui font que certains patients ont confondu plus de 4 heures avec moins de 4 minutes, Les résultats doivent être traités avec prudence. Néanmoins, les données suggèrent que les aspects de l'expérience du patient influence la relation entre le PWT et TWT réel perçus.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans un document de suivi, Thompson et ses collaborateurs (1996b) ont constaté qu'à mesure que la TPP augmentait, il y avait une " légère diminution " de la satisfaction des patients, bien qu'ils ne considéraient pas cela comme statistiquement significatif et qu'en outre, ils n'étaient pas en mesure de discerner une relation claire entre la TOP et la satisfaction des patients. Cependant, il y avait une relation entre la satisfaction des patients et la perception de la PWT. Environ 70 % des patients qui estimaient que leur PWT était plus courte que prévu ont évalué le service d'urgence comme étant excellente, alors qu'environ 25 % estimaient que leur séjour était plus long que prévu. Ces résultats étaient indépendants du temps d'attente réel. Cela donne à penser que le fait de dépasser les attentes peut être important dans la prestation des soins aux patients. Toutefois, comme le reconnaissent les auteurs, ces résultats doivent être traités avec prudence, car la perception des temps d'attente peut être influencée par d'autres facteurs comme la qualité des soins. En d'autres termes, les patients satisfaits peuvent regarder en arrière sur les temps d'attente, ce qui influe plus favorablement sur leur mémoire des événements que les patients insatisfaits. - Cependant, d'autres recherches semblent compléter certains des résultats ci-dessus. Raper (1996) n'a pas trouvé de relation entre la durée du séjour et la satisfaction du patient. Les travaux de Bursch et al. (1993) suggèrent que le temps d'attente d'un patient pour être soigné est plus important que l'attente globale. Dans l'ensemble, les données probantes suggèrent, premièrement, que les temps d'attente sont des facteur importants dans les soins aux patients et, deuxièmement, que la rapidité de l'évaluation est plus importante que l'attente globale et, troisièmement, qu'il y a une composante psychologique à l'attente qui influe sur la perception de l'attente. Par exemple, Britten et Shaw (1994), adoptant une approche qualitative, et soutiennent que les attentes prolongées peuvent causer une détresse considérable et susciter des récits de patients qui ne seraient pas saisis dans les données quantitatives. Par conséquent, l'isolement et la mesure d'une dimension et la corrélation statistique de ces dimensions avec d'autres mesures peuvent produire
--	---

	<p>des données utiles, mais elles sont essentiellement déterministes et réductrices et risquent de limiter l'expérience du patient à un ensemble de statistiques significatives plutôt que d'explorer pleinement l'expérience holistique d'être un patient.</p> <p>Communication et information</p> <ul style="list-style-type: none"> – La communication et l'information sont également des thèmes clés de la littérature. Si, comme suggéré ci-dessus, l'attente est une expérience aussi bien psychologique que physique, alors la façon dont l'attente est gérée est aussi importante que l'attente elle-même. Bien qu'un document de recherche n'ait pas réussi à établir un lien entre le fait de donner de l'information sur les temps d'attente aux patients et la satisfaction (Mowen et al., 1993), un essai mené plus rigoureusement par Tran et al (2002), suggère que la durée totale du séjour au service est perçue comme étant meilleure pour les patients qui reçoivent de l'information toutes les 15 minutes que pour ceux qui n'en reçoivent pas. Dans l'ensemble, la recherche appuie l'opinion selon laquelle le patient accorde une grande valeur à une bonne communication et à l'information des patients (Bjorvell, 1991 ; Raper, 1996 ; Thompson et coll. 1996b ; Davis et Duffy, 1999 ; Sun et coll. – En général, cette littérature a montré des niveaux élevés de satisfaction à l'égard de la communication (Walsh, 1993). Lewis et Woodside (1992) ont identifié un certain nombre d'éléments que les patients apprécient dans les soins qu'ils reçoivent, y compris les attitudes de bienveillance, la compassion, la surveillance de l'état des patients, les efforts pour comprendre les problèmes des patients et les compétences des patients en matière de médicaments et de traitement. Dans une analyse comparative entre les infirmières praticiennes d'urgence et les médecins, Byrne et ses collaborateurs (2000) ont constaté que les infirmières amélioraient la satisfaction des patients grâce à une utilisation plus poussée des aptitudes à la communication et à l'éducation en matière de santé. – Des recherches plus qualitatives ont mis au jour certains aspects de la communication négative et ont permis à certains patients de travailler activement à établir une bonne relation avec les infirmières afin d'améliorer leurs soins, en plus d'une anxiété lorsque les infirmières communiquaient un manque de conviction quant à leur droit d'être dans le service (Nyden et al., 2003). Le manque d'information, les antécédents répétés, l'incertitude diagnostique et l'absence d'une attitude bienveillante peuvent tous produire une expérience négative pour les patients (Britten et Shaw, 1994). – En grande majorité, les preuves suggèrent que les patients sont satisfaits des soins qu'ils reçoivent, mais le domaine de la communication et de l'information demeure un sujet de préoccupation pour de nombreux patients, en particulier lorsque leurs déclarations initiales sont examinées plus
--	---

	<p>profondément. En outre, certaines données indiquent que les ateliers sur les aptitudes à la communication à l'intention des médecins améliorent à la fois les aptitudes à la communication et la satisfaction des patients (Lau, 2000).</p> <p>Aspects culturels des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> – Il y a des obstacles à l'efficacité des soins. Les patients âgés présentent souvent des problèmes complexes qui nécessitent une approche holistique. Les infirmières d'urgence se concentrent souvent davantage sur les aspects techniques des soins. Spilsbury et ses collaborateurs (1999) montrent comment les soins infirmiers de base peuvent souffrir dans un environnement conçu pour répondre aux besoins des problèmes physiques aigus. Les malaises sensoriels et physiques sont mis de côté et la manière dont les infirmières s'adressent parfois aux personnes âgées montre une attitude condescendante et âgisme. L'importance de s'occuper des besoins des personnes âgées doit certainement faire l'objet d'une attention particulière (Nyden et al., 2003). – Ce problème de l'âgisme se reflète dans les problèmes des groupes minoritaires. Clark et ses collègues (1996) ont constaté que les Afro-Américains étaient moins satisfaits que leurs homologues blancs de l'enseignement à la sortie de l'hôpital. Carrasquillo et al (1999) ont constaté des différences significatives entre les patients anglophones et non anglophones dans un service d'urgence américain. Les patients non anglophones étaient beaucoup moins satisfaits, et estimaient qu'ils étaient traités avec moins de respect et étaient moins disposés à revenir. Leurs conclusions sont confirmées par Goldwag et al (2002) et Raper et al (1999). Bien que d'origine américaine, cette recherche indique un domaine de préoccupation pour la prestation de soins d'urgence. <p>La douleur et l'expérience du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dans une enquête menée auprès de 68 patients, 93 % d'entre eux étaient prêts à rentrer chez eux avec un certain inconfort physique (Blank et al., 2001). Pour obtenir la satisfaction du patient, il n'est pas nécessaire d'éliminer la douleur, mais plutôt de faire en sorte que la douleur soit à un niveau gérable. Dans cette étude, seulement 51 % d'entre eux se sont vu offrir un soulagement de la douleur. 41 % des patients n'ayant pas reçu de soulagement de la douleur estimaient qu'on aurait dû leur offrir des analgésiques. En moyenne, il a fallu 1 h et 44 min au personnel pour soulager la douleur, allant de 5 min à 3 h et 32 min. Dans l'ensemble, 60 % des patients ont été renvoyés chez eux avec des niveaux de douleur plus élevés qu'ils ne pensaient pouvoir être acceptables. Cette recherche a révélé que les patients ont peu d'attentes à l'égard du contrôle de la douleur et que, de
--	---

	<p>plus, le personnel se soustrait souvent au problème. Malgré ces résultats, 56 patients (82%) ont évalué leur satisfaction globale entre bon et excellent et n'ont pas trouvé de corrélation entre l'opportunité du soulagement de la douleur, le degré de soulagement de la douleur atteint et les niveaux de satisfaction. Comme le suggèrent les auteurs, cela indique que les sondages sur la satisfaction des patients sont inadéquats, car ils ne parviennent pas à découvrir l'expérience multidimensionnelle d'être un patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour divers aspects de la prise en charge de la douleur, on a tendance à se fier aux enquêtes comme marqueurs substituts de l'efficacité des stratégies de prise en charge de la douleur. On suppose souvent que les deux sont étroitement liés (Blank et al., 2001, p. 334). - Il s'avère qu'il s'agit d'une hypothèse et les données probantes suggèrent une relation plus complexe entre l'expérience du patient et les critères établis de satisfaction du patient. La douleur est un indicateur important pour les patients de la gravité de leurs symptômes (Bartley et Cameron, 2000), bien qu'elle puisse aussi générer de l'anxiété quant à l'autogestion et à la légitimité de leur visite aux urgences (Olsson et Hansagi, 2001). Dans l'étude de Bartley et Cameron (2000), une bonne communication au sujet du diagnostic était significative, mais seulement 17 % s'attendaient à une guérison complète. Les tests, l'assurance et l'explication étaient plus susceptibles d'être attendus que la guérison ou le début de nouveaux traitements. Cependant, l'algésie est un élément important dans les soins et le confort des patients (Britten et Shaw, 1994) et c'est un domaine où l'amélioration de la pratique et de la gestion de la douleur peut dépasser les attentes des patients et, par conséquent, améliorer potentiellement la satisfaction des patients. <p>L'environnement ED</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a un certain nombre de questions liées à l'environnement des soins aux patients. Derlet et Richards (2000) ont cerné un certain nombre de problèmes, notamment la complexité et l'acuité accrues des patients, l'augmentation du volume de patients, le manque de lits, le traitement plus intensif dans les urgences, les retards dans les services de soutien, les pénuries de personnel et d'espace, les barrières linguistiques et culturelles. Les effets, selon eux, sont de mettre en danger la sécurité des patients, de prolonger la douleur et le stress, de produire une plus grande insatisfaction, de diminuer la productivité des médecins, de générer de la violence, de la mauvaise communication et de réduire la capacité de l'urgence d'offrir des occasions d'apprentissage adéquates. Comme les hôpitaux se concentrent de plus en plus sur la mesure de l'efficacité, la qualité des soins suscite de plus en plus d'inquiétudes. En effet, bien qu'en général, les niveaux de satisfaction à l'égard du RRN demeurent élevés, certains éléments indiquent que les niveaux d'insatisfaction sont à la hausse (Taylor-Gooby et Hastie, 2003).
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> – Les raisons de cette situation ne sont pas claires, mais il est prouvé que les aspects plus doux et plus attentionnés des soins sont menacés par l'accent mis sur l'efficacité, les patients ayant parfois l'impression de faire partie d'une bande transporteuse industrielle (Nystrom et al., 2003a). Dans une petite étude qualitative comparant les points de vue des patients et des infirmières sur une unité de soins d'urgence (Nystrom et al., 2003b), on a constaté que les infirmières estimaient que les soins holistiques étaient un luxe qu'elles n'étaient pas en mesure d'offrir, alors que les patients apprécient clairement une approche holistique. Les patients se sentaient contraints de faire connaître leurs besoins en raison de l'activité intense du personnel. Les infirmières ont aussi explicitement dit aux patients à quel point elles manquaient de personnel, ce qui a influencé la volonté des patients d'imposer des exigences au personnel. – Les patients s'efforcent d'être peu exigeants et dociles, dans le but d'être de bons patients. En étant " bons ", ils cachent à la fois leur déception personnelle face à la qualité des soins et maintiennent de bonnes relations avec le personnel infirmier. Cela s'inscrit dans un contexte global où : L'efficacité, l'économie et les contraintes de temps sont des circonstances importantes dans le discours institutionnel. Les infirmières sont des représentantes de l'institution et jouent un rôle important dans le maintien d'une culture de l'efficacité au sein de l'ECU [Unité de soins d'urgence]. La plupart des patients réussissent à s'adapter à cette culture (Nystrom et al., 2003b). – Les infirmières sont perçues comme étant conformes à cette culture et bien que cela puisse être le cas, la phase d'emphase ici sur le discours échappe plutôt aux pressions institutionnelles réelles sous lesquelles les infirmières sont censées opérer. Ces données mettent néanmoins en évidence des problèmes de qualité que les enquêtes de satisfaction de la clientèle menées par la direction souhaitent souvent supprimer. <p>Dilemmes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bien que nous ayons identifié quelques bons exemples de la façon dont les chercheurs sont devenus sensibles à la voix du patient tient dans les soins d'urgence, une grande partie du travail dans ce domaine présente des données statistiques déterministes, qui contredisent souvent d'autres recherches, car des méthodes, des contextes et des constructions différentes ont trouvé l'effort de produire des données cohérentes et reproductibles. Même si certains modèles peuvent répondre avec succès aux critères de certains aspects de la reproductibilité (Davis et Bush, 1995), leur pose pure reste limitée à un ensemble limité de variables. En quantifiant l'expérience du patient, ces modèles peuvent répondre à un besoin de gestion de produire des statistiques significatives de l'efficacité, mais ils n'épuisent en aucun cas l'expérience multidimensionnelle du patient.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> – Mais les efforts visant à prédire les réactions des patients et à fournir des outils précis pour mesurer la satisfaction des patients sont essentiels dans ce domaine de la recherche universitaire (Davis et Bush, 1995 ; Yarnold et al., 1998 ; Kennedy, 2000 ; Sun et al. Le problème est que bon nombre de ces questionnaires définissent la réponse du patient afin qu'elle corresponde aux questions pré-déterminée qui sont considérées comme importantes par les institutions qui les produisent plutôt que d'habiller les nuances de l'expérience du patient. Par conséquent, le patient devient un objet de relations discursives competing, où les hypothèses sur la perspective du patient prédominent sur la forme narrative. Du point de vue méthodologique, la conséquence est une réification du sujet qui restreint la voix du patient plutôt que de susciter sa complexité inhérente. Comme le soutient Williams (1994, p. 515) : – Les questionnaires de satisfaction des patients n'accèdent pas à un phénomène indépendant mais, dans un sens, le construisent activement en forçant les utilisateurs à s'exprimer en des termes étrangers ; par conséquent, les inférences faites à partir de leurs résultats peuvent mal interpréter les véritables croyances des utilisateurs de services. – Biros (2002) note la difficulté et l'insaisissable nature de la qualité. Trouver des outils utiles et précis pour mesurer les soins continuera de poser problème. Mais ce qui est plus fondamental pour Biros (2002), c'est que les indicateurs de qualité n'ont de sens que lorsque des systèmes de soutien adéquats sont en place. Mettre l'accent sur des objectifs basés sur des enquêtes de satisfaction des patients, sans que des mécanismes institutionnels de soutien soient en place, invite simplement à l'échec et à la démoralisation du personnel. Il ressort de cette analyse documentaire qu'il est nécessaire d'utiliser des méthodes plus diversifiées et que l'accent mis actuellement sur les enquêtes à grande échelle parfois avec des taux de réponse aussi faibles que 22,9 % (Sun et al., 2001) est insuffisant pour saisir les besoins complexes et holistiques des patients.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> – Les limites ne sont pas mentionnées
Impacts des résultats	<ul style="list-style-type: none"> – La recherche dans ce domaine est dominée par des mesures. Cette approche réductrice peut obtenir des données utiles, mais il y a un besoin de recherche pour explorer une approche qualitative. Cependant, nous ont identifié des documents utiles dans les deux traditions. En général, il y a des niveaux élevés de satisfaction avec la qualité des soins dispensés dans les services d'urgence. Cependant, beaucoup des nuances de l'expérience du patient sont effacées par une focalisation sur des indicateurs quantitatifs.

Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> – Un petit nombre de documents qualitatifs améliore de manière significative la profondeur de cette littérature, mais d'autres recherches sont nécessaires que cet examen identifie un certain nombre de domaines de préoccupation. Ainsi, alors que les enquêtes indiquent massivement des niveaux élevés de satisfaction avec les DE, ces résultats ne devraient pas être être considérés comme des marqueurs de substitution pour d'autres aspects de soins.
Implication pour le projet	<ul style="list-style-type: none"> – Le soulagement de la douleur en particulier est un sujet de préoccupation. – En tant que groupe de recherche, nous voulons contribuer à cette littérature, après avoir complété la collecte de données Partie d'un projet sur l'expérience du patient.

Références :

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15 (157), 39-44. doi : <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

Adaptée par ESP/octobre 2017/semestre5/Bachelor2015/

Référence de l'article : Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency department : a review of the literature. Accident and emergency nursing, 12, 159-165. Doi : 10.1016/j.aen.2004.04.001				
Référence du questionnaire : Zaug, V., Savoldelli, V., Sabatier, B., Durieux, P. (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : Méthodologie des revues systématiques. <i>Santé Publique</i> . Vol. 26, p. 655-667. doi 10.3917/spub.145.0655				
Questions	Oui	Peu	Non	Commentaire
A-t-on fourni un protocole <i>a priori</i> du travail ? La question à l'étude et les critères d'inclusion doivent être établis avant l'exécution de la revue systématique. Existe-t-il un protocole publié de l'étude, l'approbation par un comité d'éthique ou des objectifs prédéterminés ?	X			.
La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites en double ? Il doit y avoir au moins deux extracteurs de données indépendants et un mécanisme pour arriver à un consensus dans les cas de divergences.			X	Pas d'information sur l'extraction des données
A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? La recherche doit porter sur au moins deux sources électroniques. Le rapport doit inclure les années et les bases de données utilisées (ex. : Central, EMBASE et MEDLINE). Les auteurs doivent fournir les mots clés et/ou les termes utilisés pour la recherche et au mieux la stratégie de recherche. Toutes les recherches doivent être complétées par une consultation de revues, de manuels, de registres spécialisés ou de spécialistes du domaine et par une revue des références contenues dans les études.	X			
Est-ce que la nature d'une publication (ex. : littérature grise) a servi de critère d'inclusion ? Les auteurs doivent déclarer avoir recherché des rapports d'études sans égard au type de publication. Ils doivent aussi dire s'ils ont exclu des rapports à cause de la nature de la publication, de sa langue, etc. Il doit y avoir une recherche explicite de la littérature « grise », comme par exemple la base OpenGrey		X		Pas d'information sur les études qui n'ont pas été sélectionnées pour la revue. Les auteurs disent seulement avoir pris toutes les études trouvées, peu importe de quel pays elles viennent, car elles apportent toutes des informations importantes pour la question de recherche
Les auteurs ont-ils fourni la liste des études incluses et des études exclues ? Les auteurs doivent fournir la liste des études incluses et des études exclues. Un lien électronique vers ces listes est acceptable.			X	Aucune liste ni nom d'étude n'est donnée. Seulement des références bibliographiques
Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Présentées sous une forme condensée comme un tableau, les données de l'étude originale doivent inclure les participants, les interventions et les résultats. L'étude doit rendre compte des différentes caractéristiques de toutes les études analysées (ex. : âge, sexe, données socioéconomiques pertinentes, état de la maladie, durée, sévérité ou autres maladies).		X		Les populations sont plus ou moins présentées (dans l'âgeisme par exemple). Mais il n'y a pas vraiment d'information à ce sujet.
La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été analysée et documentée ? Le choix des types d'études éligibles doit être précisé et justifié (par exemple les essais contrôlés randomisés, les essais en double insu, les essais comparatifs avec placebo, d'autres types d'études). La qualité de chaque étude a-t-elle été analysée ? (Score de Jadad, risque de biais...).			X	Aucune information à ce sujet
La qualité des études incluses a-t-elle été prise en compte de façon appropriée dans la formulation des conclusions ? Les résultats concernant la qualité scientifique des études incluses doivent être pris en compte dans l'analyse et les	X			

conclusions de la revue, et doivent être mentionnés explicitement dans la formulation des recommandations. Par exemple « les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de la faible qualité des études prises en compte ».				
Les méthodes d'analyse des résultats étaient-elles appropriées ? Lorsqu'on regroupe des résultats, on doit d'abord vérifier si les études sont combinables en appliquant un test d'homogénéité (p. ex., le test I ²). S'il existe de l'hétérogénéité, on devrait utiliser un modèle d'analyse des effets aléatoires et/ou considérer la pertinence de regrouper les résultats des études (est-il approprié de les regrouper ?). Les auteurs doivent expliquer la raison de leur mode de présentation des résultats.			X	Aucune méthode d'analyse des résultats n'est connue
A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? L'analyse d'un biais de publication doit comprendre une représentation graphique (p. ex., graphique en entonnoir) et/ou des analyses statistiques (p. ex. : le test de régression de Egger).			X	Aucun graphique ni statistique
A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Les sources potentielles de soutien doivent être clairement présentées, pour les auteurs de la revue systématique et pour chacune des études incluses dans la revue.			X	

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Johnson, M., Goodacre, S., Tod, A., & Read, S. (2009). Patients' opinions of acute chest pain care: a qualitative evaluation of Chest Pain Units. <i>Journal of advanced nursing</i> , 65(1), 120-129.
Introduction Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Bien que le concept de Chest Pain Unit ait été initié aux Etats-Unis, des variantes de ce type de soins sont développées et évaluées dans d'autres parties du monde pour optimiser les soins aux patients présentant des douleurs thoraciques aiguës (ACP) (Ramos 2005). L'ACP représente environ 25% des 700 000 admissions d'urgence chaque année en Angleterre et au Pays de Galles (Goodacre et al., 2005). Les taux croissants d'admissions d'urgence ont un impact sur les National Health Services (NHS) ainsi que sur l'acceptabilité des soins. Des lignes directrices ont encouragé l'utilisation des services d'urgence en cas de symptômes pouvant impliquer un infarctus aigu du myocarde (Department of Health 2000). Cela pourrait avoir un impact sur le nombre de patients assistant aux services d'urgence pour leur évaluation (Clancy 2002). Le concept de Chest Pain Unit a été développé dans le but de réduire le temps d'évaluation et les admissions, ainsi que d'améliorer les soins. - La satisfaction accrue des patients a également été associée à la prise en charge de l'unité de la douleur thoracique (CPU) (Rydman et al., 1997). Cependant, la satisfaction à l'égard du service a généralement été mesurée à l'aide de méthodes quantitatives. - L'utilisation d'une approche qualitative a été considérée comme un moyen de compléter cette méthode en permettant aux participants participant aux sites d'essais ESCAPE d'exprimer leurs expériences et leurs points de vue sur les services de santé
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Au Royaume-Uni, cette définition peut être appliquée au SNC, dont le rôle d'infirmière élargie a évolué pour inclure des compétences académiques et cliniques avancées ainsi qu'une longue expérience dans un domaine spécialisé (Castledine 2002). En pratique, il peut y avoir des ambiguïtés dans les limites entre les spécialités, ou entre les rôles d'infirmière et d'équipe médicale. La pratique du CPU est donc ouverte à des interprétations divergentes des rôles infirmiers et de leurs limites, même au sein d'un même cadre national de soins de santé. Par exemple, au Royaume-Uni, les infirmières peuvent apporter une expertise en soins coronariens ou en cardiologie dans un contexte d'accident et d'urgence. - En termes de résultats, une étude monocentrique britannique antérieure a montré que les soins de la CPU pouvaient améliorer les résultats et réduire les coûts pour certains patients à faible risque (Goodacre et al., 2004). Cet essai a été initié dans un service d'urgence avec un intérêt particulier pour les soins de la douleur thoracique, où le même personnel a effectué des soins d'interventions basés sur le protocole ainsi que des soins habituels. - une étude nationale était nécessaire afin d'établir si les CPU pouvaient être efficaces, rentables et acceptables pour les patients du NHS. L'essai randomisé en grappes ESCAPE (Efficacité et innocuité dans l'évaluation de la douleur thoracique pour éviter les admissions d'urgence) était unique en termes de contexte et de méthode combinés. De 2003 à 2006, l'intervention a duré 1 an sur chaque site, avec des périodes de pré- et post-intervention pour les mesures de base et de suivi. Les objectifs étaient de comparer ces résultats de soins pour les personnes ayant des ACP indifférenciés sur sept sites d'intervention et sept sites de contrôle au Royaume-Uni. Les résultats de l'essai comprenaient le nombre de consultations, les admissions, les réadmissions, la durée du séjour, les résultats cliniques, la satisfaction des patients, la qualité de vie et la rentabilité. Une description complète du protocole d'essai ou les résultats mesurés et les résultats sont décrits dans des publications distinctes et sur le site Web d'ESCAPE (Arnold et al., 2007, Goodacre et al., 2007, http://www.chestpain.group.shef.ac.uk). /).

Cadre théorique ou conceptuel	<ul style="list-style-type: none"> – Amélioration de la qualité des soins
Question de recherche/buts	<ul style="list-style-type: none"> – Le but de l'étude était d'explorer les questions que les patients jugeaient importantes dans leurs expériences de soins, et d'élaborer des explications possibles pour les principaux résultats de l'essai. – qu'il s'agit d'une étude testant les bien fait de l'instauration CPU (étude expérimentale dans laquelle certains sites ont l'intervention CPU et les autres) – afin de compléter les données, des données qualitatives sont recueillies. le but de l'étude primaires et de tester l'effets sur différents résultats patient et coûts. L'ensemble de l'étude est donc une étude mixte (qualitatif et quantitative) et cette article rapporte les résultats pour la partie qualitative
Méthodes Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> – une étude descriptive explorative qualitative. Qui fait partie d'une étude mixte
Population, échantillon et contexte	<ul style="list-style-type: none"> – Vingt-six patients qui avaient reçu des soins de douleur thoracique à un site d'intervention ou de contrôle ont été interviewés au royaume-uni – Les participants ont été recrutés parmi les sept sites participants de l'étude, quatre sites d'intervention et trois sites témoins. – Deux sites d'intervention étaient situés à côté des services d'urgence et deux dans des zones désignées à l'écart des services d'urgence. Dans ce dernier cas, les patients appropriés ont été identifiés par le personnel du service des urgences. – Tous les participants des sites de CPU participant à l'étude d'entretien avaient reçu des soins de l'UC, bien que les nombres gérés en utilisant le protocole de l'UC aient varié d'un site à l'autre. – Les unités ont également varié en termes de personnel et d'heures d'exploitation. La structure et le processus des soins de la CPU ont été décrits ailleurs (Arnold et al., 2007). – Vingt-six patients qui avaient reçu des soins de douleur thoracique à un site d'intervention ou de contrôle ont été interviewés
Méthode de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> – Les entrevues ont été réalisées entre septembre 2005 et juin 2006 par une chercheuse (MJ) ayant des antécédents infirmiers. – Nous avons élaboré un calendrier d'entrevues qui couvrait les attentes des patients, les expériences et les réflexions sur leur présence sur le site. Cela a été piloté dans les deux premiers entretiens, qui ont été inclus dans l'analyse finale car nous avons fait seulement de petits changements et ajouts. – En particulier, après avoir parlé aux patients, l'information semblait être un aspect important des soins, et donc le calendrier révisé incluait plus de questions sur ce sujet. – Les entrevues ont duré entre 30 et 70 minutes et ont été enregistrées sur bande sonore et transcrites textuellement, en omettant les mots ou les expressions d'identification.
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> – Nous nous sommes efforcés d'interroger jusqu'à 36 patients, le nombre exact dépendant de la volonté de prendre part à l'étude ainsi que d'atteindre la «saturation» des informations collectées utiles (Patton 1990). – Les patients présentant une douleur thoracique indifférenciée à l'arrivée aux urgences ou ils ont été contactés par des professionnels et ont reçu des dossiers d'information. Ceux-ci comprenaient une lettre d'accompagnement, des informations sur l'étude, un bordereau de réponse et une enveloppe post-payée adressée à l'un des chercheurs (MJ). Sur réception d'un bordereau de réponse de participants potentiels, le chercheur a communiqué avec la personne par téléphone. Une entrevue a ensuite été organisée à un moment opportun, environ 4 semaines après la visite à l'hôpital.

	<ul style="list-style-type: none"> - Parmi les 186 personnes qui ont reçu des trousseaux d'information, il y a eu 32 réponses positives. Parmi ceux-ci, 26 ont accepté d'être interviewés, deux au téléphone, un sur le site de l'hôpital et le reste à leur domicile. - Nous avons adopté des entrevues téléphoniques en option pour ceux qui trouvaient que les visites personnelles ne leur convenaient pas en raison de leurs engagements professionnels. Nous avons reconnu que cette approche présentait certains inconvénients en termes de détails contextuels, mais la méthode, qui est à la fois pratique et moins coûteuse que les visites personnelles (Tod, 2003), a permis d'effectuer des entrevues qui n'auraient pas été possibles autrement. <p>Méthode d'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données ont été analysées à l'aide de la méthode du cadre (Ritchie et al., 2003). Cela a été développé spécifiquement pour la recherche sur les politiques, et est particulièrement approprié compte tenu de la limitation du temps et du pragmatisme nécessaire pour compléter les résultats quantitatifs d'un essai contrôlé randomisé. - Le cadre est une méthode systématique qui combine la transparence et la rigueur et comprend cinq étapes d'analyse ; familiarisation avec les données; identification d'un cadre thématique à partir des données; indexer les données avec des codes et identifier des parties de données qui s'appliquent à ces codes; élaborer des diagrammes pour comparer les segments de données dans et entre les cas; et enfin, relier et interpréter les résultats pour fournir des explications sur les phénomènes.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> - Nous avons obtenu l'approbation de l'étude des comités appropriés de l'éthique et de la gouvernance de la recherche. Le consentement écrit a été obtenu à la suite d'une conversation avec les participants afin de s'assurer qu'ils comprenaient la procédure, les considérations éthiques et les implications de la recherche.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> - Vingt-six patients (10 de moins que prévu = un quart et un tiers) qui avaient reçu des soins de douleur thoracique à un site d'intervention ou de contrôle ont été interviewés. - Les participants étaient généralement satisfaits de leurs soins dans les sites d'intervention et de contrôle, mais leurs témoignages suggéraient des expériences de soins différentes entre les sites individuels plutôt que l'alignement sur les modes d'intervention ou de contrôle. - Les raisons possibles de ces différences sont discutées dans la section suivante. - Les aspects importants des soins aux patients sont également mis en évidence, ainsi que l'impact des soins prodigués par les infirmières.
Présentation des résultats	<p>Interactions avec les professionnels de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients qui se présentaient à la fois à un service d'urgence et à une unité centrale ont eu diverses interactions avec des professionnels de la santé. Un facteur clé dans le protocole de la CPU est que les soins sont dirigés par une infirmière. Cependant, l'accès à des infirmières spécialisées variait. Les rôles infirmiers et les contacts avec les patients variant selon les sites d'intervention et de contrôle, et les différences n'étaient pas toujours celles attendues. Par exemple, les patients d'un site de contrôle ont décrit leurs interactions et leurs relations avec des infirmières spécialisées comme étant plus continues que celles d'un seul site d'intervention. Les expériences de continuité des soins semblent dépendre de la couverture infirmière spécialisée propre au site, ainsi que du mouvement des patients entre les zones hospitalières. - Quelle que soit la structure de soins administrée, les patients appréciaient certaines attitudes de la part des professionnels de la santé; En particulier, le calme, la réassurance et l'humour étaient importants pour réduire la peur et maintenir un lien avec la «normalité» dans un environnement apparemment étranger - En particulier, les patients appréciaient le temps et l'attention que les infirmières spécialisées étaient disposées à donner

	<ul style="list-style-type: none"> – Les interactions avec les professionnels de santé sur un site ont été décrites de manière plus fragmentée. Les patients savaient rarement à qui ils avaient parlé, soit par leur nom ou leur désignation. – Une petite minorité de personnes interrogées attendaient plus de commentaires du personnel médical. Cela semble avoir été le résultat d'un manque de connaissance des rôles infirmiers prolongés, plutôt que d'une déception dans la prestation des soins. En général, les soins infirmiers spécialisés ont été jugés acceptables, voire préférables, particulièrement en termes de connaissances et d'empathie. – Les infirmières spécialisées semblent être bien placées pour établir des relations dans lesquelles les valeurs, les préférences et les préoccupations des patients peuvent être évaluées et traitées. Les expériences des participants d'une telle relation ont été décrites de manière positive, mais une telle relation n'était pas évidente dans tous les sites. Le rôle de l'infirmière spécialisée était tout aussi précieux sur un site de contrôle que sur les processeurs d'intervention. <p>Donner de l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bien que tous les participants se soient déclarés satisfaits de leur prise en charge, certains ont déclaré avoir besoin de plus d'informations. – Les données indiquées que les attentes et les besoins perçus en matière d'information diffèrent d'un individu à l'autre. Pour cette raison, il est difficile d'envisager une approche standardisée de l'information. De plus, on ne sait pas si la déception que certains patients ont exprimée avec le niveau d'information qu'ils ont ressentie a été ressentie au moment où ils étaient hospitalisés, ou si la réflexion après la sortie avait rendu ces sentiments plus apparents au moment de l'entrevue – Les patients ont souvent déclaré être satisfaits simplement d'avoir survécu à leurs expériences de douleur thoracique, et étaient reconnaissants aux professionnels de la santé pour effectuer leur travail de manière efficace. D'autres, cependant, que ce soit rétrospectivement ou à l'époque, considéraient qu'ils avaient peu de connaissances sur ce qui leur était arrivé, particulièrement en termes d'enquêtes et de résultats. Par exemple, alors que tous les participants ont fait des tests sanguins pendant leur séjour, seuls huit ont montré les raisons de ces tests. Encore moins d'explications sur les résultats et leurs implications. – Alors que certaines personnes interrogées ont estimé que le fait d'être «clair» était acceptable sans autre discussion, d'autres auraient préféré savoir ce que cette expression signifiait en termes de comparaison de leurs résultats avec les paramètres optimaux. Il se peut toutefois qu'à ce moment-là, les patients soient soulagés d'apprendre qu'ils n'ont pas d'anomalie cardiaque et qu'ils sont impatients de retourner chez eux. Ils ne posent donc pas de questions et n'oublient même pas les informations qu'ils ont reçues, surtout s'ils sont anxieux. le moment de sa livraison. <p>Réassurance diagnostique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats des tests diagnostiques ont conduit à un diagnostic clair d'angine ou d'arythmie, ou à l'assurance qu'il n'y avait pas d'origine cardiaque à leur douleur thoracique. Les diagnostics de douleurs thoraciques non cardiaques clairs comprenaient l'attaque de panique, la dépression / l'anxiété, les spasmes musculaires et les troubles gastro-intestinaux. Cependant, cinq personnes interrogées restaient incertaines quant à la cause de leur douleur à la sortie, bien qu'elles aient été rassurées sur le fait qu'elles n'étaient pas cardiaques. Pour trois d'entre eux, l'incertitude était accompagnée de frustration – Les participants des sites d'intervention ont subi un test d'effort sur tapis roulant (ETT), le cas échéant, peu de temps après leur sortie. En revanche, une période potentielle d'incertitude diagnostique a été vécue par ceux des sites de contrôle, qui ont attendu jusqu'à quatre semaines pour cela. Cependant, le test imminent pourrait fournir un lien avec l'unité après la sortie qui n'était pas disponible pour ceux qui avaient déjà été testés mais qui n'avaient pas reçu de diagnostic. <p>Expériences de sortie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pour les patients dont la douleur thoracique n'était pas d'origine cardiaque, la principale préoccupation après la disparition des
--	---

	<p>symptômes était de retrouver la normalité, le confort et la reprise des responsabilités qui avaient été suspendues ou déléguées à d'autres</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart des participants ont indiqué que la décision de quitter l'hôpital était prise par le personnel médical. Cependant, dans un site d'intervention, l'infirmière spécialisée semblait avoir une certaine autonomie à cet égard. En attente de résultats, la disponibilité d'un médecin et / ou d'un médicament a entraîné des retards dans la procédure de sortie dans certains sites d'intervention et de contrôle. Certaines personnes interrogées ont rappelé la frustration de se faire dire qu'elles étaient «toutes claires», mais d'attendre, parfois pendant des heures - En outre, les patients qui se voyaient maintenant comme «bien», éprouvaient un sentiment de culpabilité pour l'utilisation des ressources du NHS. - Les omnipraticiens des participants sont informés de la présence et des résultats, mais dans cet échantillon, seuls les diagnostics cardiaques ont été référés par un spécialiste. Deux d'entre eux ont signalé des problèmes de communication entre les hôpitaux qui ont entraîné des retards dans les nominations. Dans les cas non cardiaques, il n'y a pas eu d'aiguillage spécialisé. - Les conseils donnés avant le congé étaient axés sur les troubles cardiaques; les patients avec un diagnostic d'angine étaient conscients de l'automédication et du moment où ils devaient consulter un médecin. Cependant, une personne atteinte d'angine de poitrine a reçu des informations orales et écrites, mais elle ne sait pas encore combien elle pourrait exercer pour mener une vie active sans induire de douleur thoracique. - Par conséquent, pour les personnes ayant un diagnostic non cardiaque, les conseils et l'orientation étaient moins accessibles que ceux pour les diagnostics cardiaques. La seule exception était une personne interrogée à qui une infirmière ayant des connaissances spécifiques dans ce domaine avait donné des conseils sur son trouble gastro-intestinal.
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Soins infirmiers spécialisés</p> <ul style="list-style-type: none"> - En général, les participants ont complimenté les services dans les sites d'intervention et de contrôle. Cependant, lorsqu'on les interroge plus en détail, certains aspects de la prestation des soins ont été soulignés et des différences entre les sites ont émergé. Plus précisément, l'accès à une infirmière spécialisée variait. La satisfaction à l'égard de l'information semble être liée à la continuité des soins et à l'accessibilité des infirmières spécialisées, ce qui peut accroître la possibilité de développer une relation dans laquelle l'information peut être adaptée aux besoins et aux attentes individuels. Cette constatation a été appuyée par un examen de la substitution des infirmières dans les soins primaires (Laurent et al., 2006), a montré que les infirmières ont tendance à donner plus d'informations que les médecins et que la qualité des soins et les résultats en matière de santé sont comparables à ceux associés aux soins prodigués par un médecin. - Nous avons également constaté que le temps pris pour être libéré peut être associé à l'autonomie de l'infirmière spécialisée. L'autonomie de sortie d'au moins quelques patients sans référence à un médecin peut donc réduire les délais de sortie. Cependant, comme l'ont montré Norris et Melby (2006), l'autonomie professionnelle des infirmières spécialistes exige une collaboration efficace entre les groupes professionnels si elle veut avoir un impact positif sur les expériences de soins aux patients. - Alors que les interactions avec le personnel médical et les autres infirmières étaient pour la plupart positivement valorisées, de nombreux témoignages ont souligné la valeur ajoutée de la contribution des infirmières spécialisées aux soins. Lire et al. (2001) ont exploré de nouveaux rôles infirmiers au Royaume-Uni et constaté que les patients ne se préoccupaient pas de la désignation professionnelle des praticiens, mais valorisaient et soutenaient les services étendus fournis par les infirmières, particulièrement en termes de continuité et de qualité des soins. Dans notre étude, certains patients s'attendaient à ce que le personnel médical soit plus visible en termes d'interactions, mais n'étaient pas insatisfaits des soins infirmiers spécialisés, qui étaient considérés comme hautement compétents et bien informés. Le travail international sur les rôles infirmiers prolongés soutient nos résultats d'acceptabilité et de satisfaction positives des patients (Wilson et Shifaza 2008). De plus, il a été démontré que les soins

	<p>prodigués par des infirmières souffrant de douleurs thoraciques sont sûrs et efficaces (Way et al., 2007). En ce qui concerne les interactions individuelles, White (2003) a cité l'utilisation du «badinage» dans les interactions entre infirmière et patient comme une stratégie d'adaptation possible pour les hommes admis avec des douleurs thoraciques, remplaçant la discussion sur les problèmes émotionnels. Dans notre étude, une manière calme et rassurante et la gentillesse / l'humour ont aidé à soulager la peur et l'anxiété des patients, peu importe leur sexe. Cela était important pour certains patients afin de créer un sentiment de normalité dans un environnement autrement étranger. Une exploration plus poussée du rôle de l'infirmière spécialisée dans ce contexte à l'échelle internationale est nécessaire pour clarifier les limites des rôles et optimiser les expériences de soins aux patients.</p> <p>Donner de l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une conclusion importante de notre étude est que la quantité et le type d'information ne sont pas toujours perçus comme optimaux par les patients. Ceci est soutenu dans une étude de satisfaction des patients par Taylor et Bengner (2004), ainsi que dans les résultats quantitatifs de l'essai ESCAPE. Nos résultats mettent en évidence les aspects spécifiques de l'information qui manquaient. Les participants de deux sites en particulier ont estimé qu'ils ne comprenaient pas suffisamment la raison d'être et les implications de leurs enquêtes; ils ont également rappelé moins d'interaction avec une infirmière spécialisée. Nous reconnaissons que, dans un petit échantillon, cette association n'est qu'une indication. D'autres explications possibles sont que l'information, lorsqu'elle est disponible, n'a peut-être pas été absorbée adéquatement par certains patients. Beaucoup de patients dans une telle situation sont cognitivement moins équipés pour traiter l'information au point qu'elle est donnée à cause de l'anxiété, de la peur, de la fatigue ou de niveaux de conscience bas. De plus, les lacunes dans les connaissances avaient tendance à devenir plus apparentes après le congé, lorsque les patients avaient le temps de réfléchir à leurs expériences et de discuter des implications futures avec leur omnipraticien, leur famille et leurs amis. Price et al. (2005) ont modifié le processus de don d'information dans une clinique de traitement de la douleur thoracique à accès rapide pour y inclure une explication détaillée des informations spécifiques au diagnostic, en suivant des résultats similaires d'une compréhension limitée du patient. Cependant, ils n'ont pas discuté du besoin d'information après la libération. Notre étude montre le besoin d'évaluer la compréhension du patient avant sa sortie. En outre, l'accès à une ligne d'assistance peut être utile après le retour à la maison. Cela pourrait aider à faire en sorte que les besoins d'information individuels soient satisfaits avec un calendrier, une clarification et un renforcement appropriés. <p>Diagnostic et suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les différences entre le protocole de la CPU et les soins habituels signifiaient que, lors de l'interview, les patients du CPU qui avaient requis un ETT avaient subi le test, alors que ceux provenant des sites témoins ne l'avaient pas subi. Par conséquent, certains patients des sites de contrôle n'étaient pas entièrement rassurés quant à leur diagnostic au moment de la sortie. Cela pourrait être frustrant, car les patients voulaient savoir comment procéder en termes de comportements liés à la santé et de symptômes récurrents. Cependant, pour ceux qui avaient eu une ETT mais aucun diagnostic définitif, il y avait peut-être une anxiété accrue car ils n'avaient plus aucun lien avec l'hôpital. Sans la capacité de nommer la source de l'inconfort, les patients n'ont pas le pouvoir de le soulager ou de décider avec quelle gravité le prendre, ce qui peut affecter leur vision globale de leur propre santé (Good 1994). Pour trois des cinq personnes de notre étude pour lesquelles aucune pathologie n'a pu être identifiée à partir d'investigations cliniques (souvent appelée «douleur thoracique atypique»), il y avait des inquiétudes quant à une cause sous-jacente qui pourrait provoquer une récurrence. La prise en compte des besoins psychologiques du «puits inquiet» peut donc éviter l'anxiété potentielle et la fréquentation répétée des soins de santé (McDonald et coll., 1996, Esler et Bock, 2004). – De plus, les recommandations et les conseils d'auto-prise en charge étaient limités à la minorité de patients ayant un diagnostic cardiaque. Les personnes sans diagnostic cardiaque ont rarement reçu de l'information au service des urgences. Cela peut être
--	---

	<p>dû à l'accent mis sur la spécialisation cardiaque des professionnels impliqués (Agard et al., 2005). Les participants dont le diagnostic était gastrique ou lié à la musculature cherchaient généralement à obtenir d'autres conseils de leur omnipraticien et / ou d'un praticien non lié au NHS, comme un conseiller ou un ostéopathe. Ceux qui subissent des attaques de panique ou des palpitations étaient plus ambigus quant à la recherche de soins de santé futurs. Pour eux, la peur du ridicule et de l'embarras était un problème. Cependant, les patients qui assistaient à des attaques de panique ont été suffisamment réprimandés par le personnel des unités participantes et leurs craintes ont été atténuées. La sensibilité aux obstacles psychologiques, l'orientation potentielle vers un traitement (Mayou 1998) et les conseils du personnel peuvent donc être un facteur clé pour s'assurer que ces patients cherchent de l'aide de façon appropriée.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les patients qui réfléchissaient à leurs expériences de soins de la douleur thoracique après la sortie prenaient souvent la décision de changer leur style de vie pour éviter d'autres problèmes. Ceci est fréquent chez les personnes ayant subi un infarctus du myocarde (Weinman et al., 2000). Bien que difficile à réaliser, un certain nombre de patients de notre étude avaient pris des décisions favorables à la santé pour réduire ou cesser de fumer, ou pour changer leur régime alimentaire. D'autres tentaient de rationaliser leur mode de vie ou passaient plus de temps à se détendre. Comme Weinman et al. (2000) ont montré que l'activité réductrice est souvent choisie en raison de l'attribution de la coronaropathie au stress. Cependant, ce choix peut être contreproductive, car des niveaux d'activité plus bas réduisent la forme physique globale. Il est donc important que les patients reçoivent des messages appropriés sur la façon d'améliorer leur bien-être après leur sortie.
Forces et limites	<p>Étudier les forces et les limites</p> <ul style="list-style-type: none"> – Notre méthode choisie d'entretiens semi-structurés a permis aux participants de décrire les expériences de soins dans leurs propres mots, accédant ainsi à toutes les questions non couvertes dans la collecte de données quantitatives pour l'essai. – Le taux de réponse variait d'un site à l'autre et pouvait s'expliquer par des différences de motivation à recruter, peut-être à cause des changements de personnel au cours de la période d'étude. Cela pourrait aussi s'expliquer par des différences culturelles dans la motivation des patients à participer à la recherche. – Il est possible que l'étude ait attiré des personnes interrogées pour qui la satisfaction à l'égard des services était principalement positive et que les non-répondants aient pu avoir des opinions différentes. Il y a peu de choses qui auraient pu être faites pour réduire cet effet, mais nous considérons que la taille de l'échantillon était adéquate pour l'exploration qualitative. – La méthode utilisée a permis d'explorer les différences dans les expériences rapportées par les patients entre les sites individuels, ainsi qu'entre les sites d'intervention et de contrôle. Les 26 comptes ont montré une variation en termes de site (mais pas d'intervention), de diagnostic, d'heure d'arrivée et d'autres facteurs, et ces problèmes ont été jugés importants par les patients. Les résultats de l'évaluation du personnel amélioreront la compréhension du processus d'essai. – Nous avons exploré les points de vue et les expériences des patients recevant l'un ou l'autre processeur ou les soins habituels pour ACP afin de formuler des explications pour les résultats de la partie quantitative de l'essai. Ces derniers montrent que les soins de la CPU peuvent être dispensés en toute sécurité dans plusieurs hôpitaux du NHS, la majorité des patients étant libérés immédiatement après l'évaluation (Arnold et al., 2007). Les questionnaires sur la satisfaction et les utilitaires de santé n'ont montré aucun changement entre les sites pré et post-intervention dans les sites de CPU ou de contrôle (NHS Service Delivery and organization 2007). De plus, les admissions d'urgence n'ont pas été réduites par l'introduction d'une CPU et peuvent avoir augmenté (Goodacre et al., 2007). – Les résultats qualitatifs montrent une satisfaction globale élevée à l'égard des soins dans tous les sites d'étude. Cependant, une distinction claire entre les expériences de CPU et de sites de contrôle ne peut être faite. Cela peut avoir été dû à des interprétations variées des soins de la CPU et des soins habituels. Partout où des soins ont été prodigués, certains aspects sont apparus comme importants en termes de qualité. Les éléments importants de la prise en charge étaient l'accès à des infirmières spécialisées, la fourniture d'informations, la certitude diagnostique et le suivi médical. En dehors de l'information, celles-ci n'ont pas été évaluées directement dans la partie quantitative de l'étude. De plus, les résultats qualitatifs identifient les détails

	des soins que les patients jugent satisfaisants ou qui ont besoin d'être améliorés. Ceux-ci seront maintenant discutés en relation avec la littérature existante.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> – Le rôle et l'autonomie des infirmières spécialisées semblent particulièrement importants pour fournir aux patients des soins satisfaisants et la possibilité d'identifier et de discuter des besoins individuels. Ce rôle nécessite donc une définition plus précise et un examen plus approfondi au niveau international afin d'optimiser l'utilisation de l'expertise disponible et la continuité des soins de manière à améliorer les expériences des patients. – L'accent mis sur l'information pour les personnes atteintes de diagnostics cardiaques doit être étendu à ceux qui souffrent d'un lien de causalité non cardiaque afin que les patients se sentent rassurés et soutenus.
Commentaires	<p><i>Ce que je retiens en particulier pour notre TB, c'est que :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>les patient ont besoins d'être plus informés selon leur propres besoins individuel. Parfois ils n'arrivent pas à absorber l'information correctement dans de telle situation et des lacunes peuvent apparaître une fois à la maison – > but de mettre une ligne d'assistance.</i> – <i>Il faudrait une meilleure continuité des soins et des infos données et des conseils pour la prise en charge de la maladie par la personne même (ex : faire de sport, manger plus équilibré etc) car une fois à la maison ils ne savent pas vraiment comment prendre leur santé en main.</i> – <i>Les infirmiers experts ont des soins qui sont très efficaces et sûrs. Les infirmiers ont tendances à donner plus d'infos que les médecins.</i> – <i>L'autonomie des infirmiers peut permettre de diminuer l'attente de la sortie ou de la prise en charge du patient.</i> – <i>Les attitudes des infirmiers influent beaucoup dans l'anxiété du patient.</i> – <i>Les patients n'ayant pas de DI ne savent pas vraiment se qu'ils doivent fair et à quoi faire attention pour que cela ne se reproduisent plus .</i> – <i>Les patients qui se voyaient maintenant comme «bien», éprouvaient un sentiment de culpabilité pour l'utilisation des ressources du NHS.</i> – <i>Les patient devant attendre pour des résultats et ayant rien par la suite étaient frustrés d'avoir du attendre pour « rien »</i>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	x			
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	x			
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	x			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	x			
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	x			

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille résumée pour l'analyse des revues systématiques

Titre de la revue	Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2009). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. <i>International Emergency Nursing</i> , 18, 80-88.
Contexte	De nombreux articles de recherche traitent de la satisfaction des patients, des perceptions des patients, de la qualité des soins perçus par les patients et des plaintes des services d'urgence par diverses méthodes de recherche ciblant divers groupes, par exemple la population générale, les personnes âgées et les parents. Et les victimes de violence domestique. Plusieurs revues de la littérature ont également été menées concernant l'expérience des patients au sein du service d'urgence, y compris ceux de Nairn et al. (2004) et Taylor et Bengner (2004). Par exemple, l'analyse narrative de Nairn et al. (2004) a identifié six thèmes principaux dans la littérature : temps d'attente, communication, aspects culturels des soins, douleur, environnement et dilemmes dans l'accès à l'expérience du patient. Taylor et Bengner (2004) ont identifié des facteurs influençant la satisfaction des patients, y compris des facteurs tels que la catégorie de triage, l'âge et la race et les facteurs de service, notamment les compétences interpersonnelles / attitudes perçues du personnel, les informations et explications et le temps d'attente. Ces examens ont porté sur un échantillon quantitatif ou mixte d'articles.
Objectifs (PICO)	<p>Le but de cette étude était d'examiner systématiquement la littérature qualitative publiée entre 1990 et 2006 explorant l'expérience du patient au sein du service d'urgence (DE) dans le but de décrire les facteurs qui influencent l'expérience du patient. La littérature qualitative dans ce contexte présente une vue en profondeur de l'expérience vécue par les patients aux urgences, fournissant un aperçu précieux de ce que les patients éprouvent, ressentent et croient au sujet de leur visite.</p> <p>Quels facteurs affectent l'expérience du patient au sein du service des urgences, révélée exclusivement par la littérature de qualité ?</p>
Sources (bases) des données	<p>Une recherche systématique dans les bases de données des articles de revues publiés sur CINAHL, Scopus, PUBMED, AMED et Medline a été réalisée pour les années entre janvier 1990 et décembre 2006.</p> <p>Les stratégies de recherche suivantes ont été utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratégie de recherche 1 : « satisfaction du patient » ET (« service d'urgence » ou « salle d'urgence » ou « accident et urgence ») ET (entrevue ou « groupe de discussion » ou qualitatif). • Stratégie de recherche 2 : (perspective ou perception ou expérience) ET (« service d'urgence » ou « salle d'urgence » ou « accident et urgence ») ET (entrevue ou « groupe de discussion » ou qualitatif).

	Un grand nombre d'articles ont été récupérés en réponse à des termes de recherche individuels. Par exemple, dans la base de données Scopus, une recherche utilisant le terme « satisfaction des patients » a permis d'obtenir 18 711 références, tandis que « département des urgences » a enregistré 21 112 extractions. La combinaison booléenne de termes de recherche a affiné la recherche pour identifier un corps de littérature plus spécifique. Les stratégies de recherche ont été suivies
Critères d'éligibilité ou caractéristiques des études (durée, années, langues,)	<ul style="list-style-type: none"> • Des études revendiquant une orientation uniquement qualitative. • La recherche liée à l'expérience du patient adulte aux urgences (par opposition à l'enfant, parent, parent d'accompagnement, membre du staff). • Articles publiés en texte intégral en anglais.
Participants	L'échantillon résultant de cette revue systématique de la littérature comprenait 10 études qualitatives publiées entre 1992 et 2005. Cinq sont apparus dans des revues de soins infirmiers, quatre dans des revues de médecine d'urgence et un dans un journal pour les sciences attentionnées. Quatre articles traitaient spécifiquement de l'expérience des personnes âgées, l'un avec des utilisateurs répétés des urgences et l'autre avec des patients non urgents.
Interventions	
Méthodes d'évaluation et de synthèse des études	<p>Avec un chevauchement entre les bases de données, la recherche systématique de la littérature a permis de découvrir douze rapports relatifs à l'expérience des patients au sein du service d'urgence qui pourraient être examinés. Ces douze articles ont été classés à l'aide de la typologie des résultats qualitatifs de Sandelowski et Barroso (2003), qui classe les études sur un continuum de « Aucune découverte » à « Explication interprétative ». Cette typologie souligne la différence entre la recherche qualitative et la recherche qui utilise simplement des données qualitatives et / ou des techniques de collecte ou d'analyse de données communément perçues comme qualitatives.</p> <p>Les articles restants ont été évalués de manière critique, en utilisant des normes de qualité adaptées du formulaire critique de Law et al. (1998), avec une évaluation informée par le « Guide for Reading Qualitative Studies » de Sandelowski et Barroso (2002). L'évaluation de la qualité a été intégrée dans cette revue pour permettre au lecteur de comparer l'inclusion de certains critères qualitatifs dans les études. Les critères d'évaluation de la qualité ont été appliqués indépendamment à toutes les études par le chercheur principal et un deuxième examinateur. Les examinateurs ont ensuite conféré et discuté de toute divergence jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint sur la qualité d'un article.</p>
Résultats	<p>Émotions d'urgence</p> <p>Toutes les études ont abordé l'impact émotionnel d'une situation d'urgence perçue. La plupart des patients arrivent à l'urgence avec la perception que leur blessure ou leur état est grave ou menace la vie (Baraff et al.,</p>

	<p>1992, Nystrom et al., 2003a, Olsson et Hansagi, 2001). Cette menace s'accompagne souvent d'un certain degré de douleur (Britten et Shaw, 1994). La situation est une situation dans laquelle les patients se sentent vulnérables, anxieux, stressés et craintifs. Les patients, en particulier les patients récidivistes et les patients âgés, pensent que leurs symptômes constituent une menace sérieuse pour leur vie ou pour le contrôle qu'ils exercent au cours de leur vie (Olsson et Hansagi, 2001, Kihlgren et al., 2004), tout en entraînant une perte d'autonomie et d'autonomie (Baraff et al., 1992).</p> <p>Soins psychosociaux et émotionnels</p> <p>La question qui a retenu le plus l'attention des études à l'étude était la sollicitude de l'urgence, ou le manque de soins, pour les besoins émotionnels et psychosociaux des patients. Les patients étaient très appréciables quand de bons soins infirmiers étaient donnés. Les membres du personnel qui étaient amicaux et attentifs aux besoins variés des patients et qui pouvaient anticiper ces besoins, ainsi que ceux qui ont pris le temps de les écouter et de les écouter, ont été accueillis avec gratitude (Kihlgren et al., 2004, Nyden et al., 2003, Stuart et al., 2003).</p> <p>Tolérance personnelle</p> <p>Le terme «tolérance personnelle» a été utilisé dans l'étude de Watson et al. (1999) pour décrire la «compréhension et la patience parmi les informateurs lorsqu'une ou plusieurs attentes en matière de soins n'étaient pas satisfaites par le service d'urgence ou le personnel hospitalier» (Watson et al., 1999, p. Des variations de ce thème ont émergé dans 8 des 10 études. Ce concept était évident dans la reconnaissance par les patients des difficultés rencontrées par les membres du personnel à cause de l'agression, du surmenage et des ressources limitées (Stuart et al., 2003). La responsabilité de la déception face aux «soins» a été détournée des infirmières vers des personnes que les patients ne rencontraient pas personnellement, à savoir les politiciens et les personnes travaillant dans la gestion (Kihlgren et al., 2004, Nyden et al., 2003; et al., 2003b). Le résultat de cette reconnaissance a été que les patients ont fait des excuses pour le manque d'attention des infirmières tout en ressentant de la détresse ou de la frustration à leur traitement (Nyden et al., 2003). Les patients se sentaient incapables d'exprimer leurs besoins non satisfaits aux infirmières à la lumière des conditions de travail stressant des infirmières (Nystrom et al., 2003b). Les plaintes concernaient des proches ou les chercheurs, mais rarement vis-à-vis du personnel (Kihlgren et al., 2004).</p> <p>Une autre façon dont ce thème a émergé dans les études était la sensibilité des patients et le souci des besoins des autres patients à l'urgence. Les patients comprenaient et acceptaient que les patients qui étaient gravement blessés ou moins bien qu'eux-mêmes étaient vus en premier (Baraff et al., 1992, Britten et Shaw, 1994, Cross et al., 2005). Certains patients croyaient également que les enfants devraient bénéficier d'une priorité spéciale dans le processus de triage (Cross et al., 2005).</p> <p>Communication et information</p> <p>La communication et la fourniture d'informations ont été signalées comme ayant un impact important sur l'expérience des patients à l'urgence. Les patients étaient reconnaissants et mis à l'aise lorsqu'ils recevaient de l'information (Britten et Shaw, 1994). Cette revue a révélé que les patients souhaitaient plus d'informations sur tous les aspects de la visite au service d'urgence. Des informations verbales ainsi que des documents ou des avis dans la zone d'attente sur le processus de triage et les délais d'attente ont été préconisés par les</p>
--	--

	<p>patients (Baraff et coll., 1992, Britten et Shaw, 1994, Stuart et coll., 2003). Stuart et al. (2003) ont laissé entendre qu'une grande partie de la communauté ne connaissait pas le système ED et le processus de triage et bénéficierait donc de cette forme d'éducation. En particulier, les personnes âgées ne connaissaient pas les processus de la DE (Baraff et al., 1992). Des études sur les populations âgées (Kihlgren et al., 2004, Watson et al., 1999) ont préconisé l'utilisation d'un langage compréhensible et non médical dans la fourniture d'informations. Les patients de ces études ont précisé qu'ils n'aimaient pas qu'on leur parle et qu'ils soient traités avec condescendance.</p> <p>Les patients devaient avoir des contacts personnels fréquents pour être informés de ce qui se passe (Watson et al., 1999). Plus d'informations sur les tests, le diagnostic, l'état du patient, le traitement et les procédures techniques, y compris ce que ces procédures seraient pour le patient et comment elles se sentiraient après, devraient être systématiquement présentées au patient.</p> <p>Attendre</p> <p>L'attente était un facteur important influençant l'expérience des patients de l'urgence. L'attente figurait en bonne place dans la plupart des articles examinés. Attente était plus large que la question de l'attente de l'évaluation initiale. Une grande partie de l'attente attendait de passer à la radiographie, pour les résultats du test ou pour une révision par le médecin. La mesure dans laquelle l'attente a influencé l'expérience des patients n'était pas seulement liée à la durée de l'attente, mais aussi aux raisons pour lesquelles ils attendaient et combien de temps ils attendaient, l'environnement et le confort de leur attente et leur interaction avec le personnel pendant leur attente. La présence de la famille, des amis ou des soignants était un facteur important influençant la façon dont ils ont vécu l'attente.</p> <p>Famille à l'ED</p> <p>Les amis ou la famille ont joué un rôle important dans la prise en charge du bien-être du patient à l'urgence. Dans la situation stressante de l'urgence, le plus proche parent a fourni une entreprise, a atténué la solitude et soulagé l'anxiété. Avoir quelqu'un à qui parler a aidé à passer le temps plus agréablement. Le poser des questions au nom du patient, chercher de l'aide en cas de besoin ou, du moins, donner aux patients l'assurance de pouvoir traiter les problèmes s'ils surviennent. Selon Nystrom et al. (2003b), le système oblige le plus proche parent à surveiller les conditions médicales des patients.</p> <p>Environnement d'urgence</p> <p>L'environnement ED a été critiqué pour un certain nombre de raisons, la principale étant les lits et les chariots durs et inconfortables (Baraff et al., 1992, Britten et Shaw, 1994, Kihlgren et al., 2004, Nyden et al., 2003). Watson et al., 1999). La salle d'attente a également été critiquée, étant décrite comme inconfortable, effrayante, oppressive, claustrophobe et nécessitant des rénovations et des installations pour les enfants (Britten et Shaw, 1994, Stuart et al., 2003). Le manque d'intimité auditive et visuelle était un problème pour certains patients (Britten et Shaw, 1994, Baraff et al., 1992), exacerbé par la nature bondée et occupée de l'urgence. D'autres personnes du service d'urgence, en particulier celles qui sont perçues comme des ivrognes, des toxicomanes ou qui éprouvent beaucoup de douleur, auraient perturbé les patients (Britten et Shaw, 1994). D'autres plaintes ont inclus que l'ED était sale, avec des planchers de linoléum éraflés, et que les toilettes étaient sales ou vandalisées. Les patients particulièrement âgés avaient froid et faim lorsqu'ils</p>
--	---

	arrivaient à l'urgence, voulant manger et boire (Kihlgren et al., 2004, Nyden et al., 2003) et recevoir des couvertures pour les garder au chaud (Baraff et al. al., 1992).
Limites	Néant
Impacts des résultats	<p>Le modèle utilisé pour intégrer les résultats des articles dans cette revue était une méta-synthèse qualitative descriptive telle que décrite par Schreiber et al. (1997). Ce modèle a encouragé un regard plus large sur les phénomènes de l'expérience du patient aux urgences, permettant d'explorer les facteurs extensifs qui influencent l'expérience. Pour ce faire, les études ont été lues et relues et des métaphores, des phrases et des concepts clés ont été relevés dans chaque étude. Ces concepts ont été transférés dans un format de table dans lequel les phrases ou les idées qui semblaient liées d'une certaine façon pouvaient être comparées dans et entre les études. L'étape suivante consistait à traduire les résultats des études en termes ou métaphores des autres et vice versa, tout en maintenant les relations et en respectant l'holisme des études originales. Finfgeld (2003) note que la synthèse dans le modèle descriptif n'implique généralement pas de déconstruire les résultats des études. Cependant, les évaluateurs ont estimé que le processus de traduction n'interférait pas avec l'intention descriptive de la synthèse.</p> <p>L'évaluation de la qualité de la littérature qualitative s'est avérée difficile en raison de l'absence de consensus concernant les évaluations de la recherche qualitative (Leininger, 1994).</p> <p>La rareté relative des études qualitatives de l'expérience du patient aux urgences peut être due aux difficultés méthodologiques liées à la conduite de recherches approfondies au sein des urgences, et à l'attrait de produire les « signifiants statistiques de l'efficacité » (Nairn et al., 2004, page 163). Cependant, en quantifiant l'expérience du patient, de nombreuses méthodes d'enquête réduisent l'expérience du patient à un ensemble de figures représentant les réponses à des problèmes prédéterminés (Nairn et al., 2004). Les études de satisfaction doivent comprendre de nombreux facteurs et influences, les méthodologies qualitatives ont la capacité de le faire.</p>
Conclusion	<p>Le petit échantillon d'articles qualitatifs dans cette revue ajoute une profondeur précieuse et une perspective plus humaine à la littérature plus large, reconnaissant la nature très multidimensionnelle de l'expérience ED.</p> <p>Les attentes de la compétence technique des professionnels de la santé ont étayé d'autres perceptions. Les patients ont été en mesure d'échanger ou d'afficher une tolérance personnelle pour les temps d'attente ou la soudaineté perçue pour recevoir l'attention. Cependant, valorisé et parfois décrit comme « de bons soins infirmiers » était une approche attentionnée, des explications de ce qui se passait et une mise à l'aise des patients dans un contexte stressant. Cela peut être révélateur des besoins et des souhaits relativement basiques des patients aux urgences et de la prévalence persistante des circonstances dans les urgences, telles que le surpeuplement et les retards dans l'attention des professionnels de la santé.</p>
Implication pour le projet	Cf impact des résultats

--	--

Références : Welch, S. J. (2010). Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department : A Qualitative Review. *American Journal Of Medical Quality*, 25 (1), 64-72. Doi : 10.1177/11062860609352536

Référence de l'article : Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2009). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. <i>International Emergency Nursing</i> , 18, 80-88.				
Référence du questionnaire : Zaug, V., Savoldelli, V., Sabatier, B., Durieux, P. (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : Méthodologie des revues systématiques. <i>Santé Publique</i> . Vol. 26, p. 655-667. doi 10.3917/spub.145.0655				
Questions	Oui	Peu	Non	Commentaire
A-t-on fourni un protocole <i>a priori</i> du travail ? La question à l'étude et les critères d'inclusion doivent être établis avant l'exécution de la revue systématique. Existe-t-il un protocole publié de l'étude, l'approbation par un comité d'éthique ou des objectifs prédéterminés ?	X			
La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites en double ? Il doit y avoir au moins deux extracteurs de données indépendants et un mécanisme pour arriver à un consensus dans les cas de divergences.	X			
A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? La recherche doit porter sur au moins deux sources électroniques. Le rapport doit inclure les années et les bases de données utilisées (ex. : Central, EMBASE et MEDLINE). Les auteurs doivent fournir les mots clés et/ou les termes utilisés pour la recherche et au mieux la stratégie de recherche. Toutes les recherches doivent être complétées par une consultation de revues, de manuels, de registres spécialisés ou de spécialistes du domaine et par une revue des références contenues dans les études.	X			
Est-ce que la nature d'une publication (ex. : littérature grise) a servi de critère d'inclusion ? Les auteurs doivent déclarer avoir recherché des rapports d'études sans égard au type de publication. Ils doivent aussi dire s'ils ont exclu des rapports à cause de la nature de la publication, de sa langue, etc. Il doit y avoir une recherche explicite de la littérature « grise », comme par exemple la base OpenGrey	X			
Les auteurs ont-ils fourni la liste des études incluses et des études exclues ? Les auteurs doivent fournir la liste des études incluses et des études exclues. Un lien électronique vers ces listes est acceptable.	X			
Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Présentées sous une forme condensée comme un tableau, les données de l'étude originale doivent inclure les participants, les interventions et les résultats. L'étude doit rendre compte des différentes caractéristiques de toutes les études analysées (ex. : âge, sexe, données socioéconomiques pertinentes, état de la maladie, durée, sévérité ou autres maladies).	X			
La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été analysée et documentée ? Le choix des types d'études éligibles doit être précisé et justifié (par exemple les essais contrôlés randomisés, les essais en double insu, les essais comparatifs avec placebo, d'autres types d'études). La qualité de chaque étude a-t-elle été analysée ? (Score de Jadad, risque de biais...).	X			
La qualité des études incluses a-t-elle été prise en compte de façon appropriée dans la formulation des conclusions ?	X			

Les résultats concernant la qualité scientifique des études incluses doivent être pris en compte dans l'analyse et les conclusions de la revue, et doivent être mentionnés explicitement dans la formulation des recommandations. Par exemple « les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de la faible qualité des études prises en compte ».				
Les méthodes d'analyse des résultats étaient-elles appropriées ? Lorsqu'on regroupe des résultats, on doit d'abord vérifier si les études sont combinables en appliquant un test d'homogénéité (p. ex., le test I ²). S'il existe de l'hétérogénéité, on devrait utiliser un modèle d'analyse des effets aléatoires et/ou considérer la pertinence de regrouper les résultats des études (est-il approprié de les regrouper ?). Les auteurs doivent expliquer la raison de leur mode de présentation des résultats.	X			
A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? L'analyse d'un biais de publication doit comprendre une représentation graphique (p. ex., graphique en entonnoir) et/ou des analyses statistiques (p. ex. : le test de régression de Egger).	X			
A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Les sources potentielles de soutien doivent être clairement présentées, pour les auteurs de la revue systématique et pour chacune des études incluses dans la revue.			X	Aucun conflits d'intérêts n'est mentionné.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Considine, J., Smith, R., & McCarthy, S. (2010). Older peoples' experience of accessing emergency car. <i>Australasian Emergency Nursing Journal</i> , 13, 61-69.
Introduction Problème de recherche	<p>Les patients plus âgés sont souvent complexes sur le plan clinique et présentent des défis particuliers pour le personnel des urgences, en particulier pour le personnel de triage. Les signes qui indiquent habituellement une maladie grave sont souvent absents ou masqués chez les personnes âgées. Les patients plus âgés présentent un risque plus élevé de diagnostics ratés ou incorrects que les patients plus jeunes et présentent un risque accru de résultats indésirables après la sortie des urgences.</p> <p>Une meilleure compréhension de l'expérience des personnes âgées en matière d'accès aux soins d'urgence pourrait éclairer la conception future des systèmes de triage et des processus d'attente pour les utilisateurs plus âgés. Les changements démographiques et une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population générale soulignent la nécessité de considérer comment et pourquoi les patients plus âgés se présentent à l'urgence afin de faciliter la prestation de services d'urgence efficaces, efficaces et adaptés à l'âge.</p>
Recension des écrits	<p>En 2002, 13% de la population australienne avait 65 ans. En 2051, plus de 27% de la population australienne sera âgée de plus de 65 ans et jusqu'à 9% aura 85 ans ou plus. À Victoria, en 2007-2008, 18,9% des participants des urgences étaient des personnes âgées de 65 ans et plus. Cependant, plusieurs facteurs complexes ont une incidence sur l'accès aux services d'urgence et sur le processus de triage pour les patients plus âgés.</p> <p>Alors que les besoins de soins d'urgence uniques de pédiatrie, les patients en santé mentale et en traumatologie ont longtemps été les besoins de soins spéciaux des utilisateurs plus âgés des urgences sont maintenant reconnus. Les patients âgés qui assistent aux urgences est une population potentiellement vulnérable aux multiples facettes de la santé besoins de soins. Les personnes âgées ne se présentent généralement pas aux urgences sauf s'ils sont gravement malades, ceci a une incidence plus élevée d'arrivée par ambulance et des niveaux plus élevés d'urgence que les patients plus jeunes. Les personnes âgées sont également plus susceptibles de passer plus de temps aux urgences que les plus jeunes patients et sont plus susceptibles de justifier une hospitalisation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	
Question de recherche/buts	Le but de cette étude était de décrire les perspectives d'accès aux soins pour les personnes âgées. L'étude présentée dans cet article a été élaborée à partir d'une étude plus large des expériences des personnes âgées et de leurs aidants dans les services d'urgence victoriens. L'objectif de ce document sera l'expérience des circonstances menant les

	personnes âgées au département d'urgence, au transport aux urgences et le processus de triage.
Méthodes Devis de recherche	Une approche descriptive a été utilisée pour entreprendre cette étude sur les points de vue des personnes âgées sur l'accès aux urgences et le processus de triage.
Population, échantillon et contexte	Les sites d'étude étaient trois départements d'urgence à Victoria, en Australie. Un échantillon de commodité de 10 personnes âgées a été recruté dans chaque service d'urgence participant. Les patients âgés de 65 ans ou plus et qui ont été en mesure de donner un consentement éclairé étaient admissibles à participer à l'étude. Chaque participant a été recruté le plus près possible de l'heure de sa présentation à l'urgence. Bien que l'étude se soit concentrée sur l'expérience du patient, les soignants ou les membres de la famille qui étaient avec le patient aux urgences ont également été contactés pour participer au projet. Pour surmonter les limites potentielles de l'échantillonnage de commodité, l'échantillonnage a ciblé plusieurs critères a priori définis importants pour les participants, notamment viser à inclure des participants d'origines culturelles et linguistiques différentes, des personnes ayant de multiples comorbidités et une fréquentation régulière des urgences. Pour assurer la représentation d'un large éventail d'utilisateurs plus âgés, d'autres caractéristiques ont été prises en compte : âge, sexe, pays de naissance, langue préférée, source de référence, catégorie de triage, problème de présentation et heure de la présentation au service d'urgence. Tous les recrutements ont été menés par des membres de l'équipe de projet : le personnel des urgences n'a pas été impliqué dans le processus de recrutement.
Méthode de collecte des données	Les données caractéristiques des participants ont été collectées à partir des systèmes d'information de chaque site. Les données d'étude globales relatives à l'expérience des participants en matière de soins d'urgence ont été recueillies à l'aide d'observations et d'entrevues approfondies, bien que les données de cet article proviennent des entrevues avec les patients et les soignants. Les données de l'étude ont été recueillies par trois chercheurs sur place qui provenaient de soins infirmiers des urgences ou de milieux paramédicaux. Les données de l'étude ont été recueillies entre septembre et novembre 2008.
Déroulement de l'étude	<p>Les chercheurs ont reçu une formation spécifique liée à l'observation et à l'interview. Afin de promouvoir des observations valides et fiables, les trois chercheurs ont procédé à des observations facilitées des mêmes patients en utilisant des séquences vidéo, puis de vrais patients dans l'un des services d'urgence de l'étude. Les notes ont ensuite été comparées et discutées avec l'équipe de recherche.</p> <p>Des entrevues en face-à-face semi-structurées ont été menées plusieurs jours à une semaine après l'observation et dans un endroit qui convenait au patient (unité d'hospitalisation ou maison du patient). Le but de ces entrevues était de comprendre la perception qu'ont les participants de leur expérience en matière d'urgence, après que la cause aiguë</p>

	de la présentation au service d'urgence se soit apaisée. Les entrevues reposaient sur un modèle d'entrevue récursif où le chercheur prenait des décisions sur la nature des questions à poser en fonction des réponses précédentes. Les chercheurs ont utilisé un guide d'entrevue pour s'assurer qu'un ensemble de questions de base a été posé à chaque participant. Les notes d'observation des chercheurs et les réponses des participants aux questions d'entrevue ont également influencé la direction des entrevues. Bien que les thèmes du guide d'entrevue aient été conçus pour être séquencés logiquement, les agents de projet n'étaient pas limités à cette séquence. Les entrevues ont été enregistrées avec des enregistreurs numériques, puis transcrites professionnellement. Les transcriptions ont été examinées par le chercheur qui a mené l'entrevue pour maximiser l'exactitude.
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par les comités de recherche et d'éthique sur les trois sites d'étude. Des interprètes étaient disponibles sur chaque site pour faciliter le processus de consentement et des entrevues pour les patients de milieu CALD.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les caractéristiques des participants et les données démographiques ont été résumées à l'aide de statistiques descriptives (calculées à l'aide de la version 15 de SPSS). Les données de l'interview ont été analysées par deux membres de l'équipe de recherche qui n'étaient pas impliqués dans la collecte des données (JC et RS). L'analyse impliquait que les deux chercheurs lisent indépendamment les transcriptions de données des entrevues et utilisent ensuite un processus d'analyse inductive pour identifier les modèles, les thèmes et les catégories dans les données. Les deux chercheurs ont ensuite comparé leurs résultats afin d'identifier les différences et faciliter la synthèse des thèmes. Les thèmes synthétisés ont ensuite été présentés aux chercheurs qui ont collecté les données de l'étude afin de valider que les thèmes identifiés reflétaient les notes de terrain et les transcriptions d'entretiens. Les thèmes n'ont pas été présentés aux participants à la recherche.
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Thème 1 : variation de la fréquence de l'utilisation des services d'urgence par les personnes âgées <p>Les résultats de cette étude ont mis en évidence la variabilité de la fréquence d'utilisation des services d'urgence par les participants de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thème 2 : réticence à accéder aux soins des urgences <p>Quatorze participants (46,7%) de cette étude sont arrivés en ambulance, mais les participants et les soignants ont décrit la réticence à venir au service d'urgence même lorsque des soins d'urgence étaient clairement nécessaires. La réticence à appeler une ambulance a été signalée par huit participants et deux soignants. L'une des préoccupations majeures des utilisateurs plus âgés dans cette étude était de s'assurer qu'ils avaient une maladie légitime avant d'appeler une ambulance. Beaucoup de participants et de soignants ont attendu jusqu'à ce qu'ils pensent que leur</p>

	<p>problème était assez grave pour justifier leur présentation au service d'urgence, ont reçu une « autorisation » de professionnels de la santé comme leur médecin généraliste ou l'appui de leurs proches avant d'aller au service d'urgence. La présentation tardive aux urgences est une source potentielle de risque clinique, en particulier chez les patients ayant un infarctus aigu du myocarde, un accident vasculaire cérébral et une exacerbation des maladies respiratoires chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thème 3 : expériences mixtes d'attente <p>Le temps d'attente est défini comme la différence entre l'heure d'arrivée et l'heure de l'évaluation médicale initiale et du traitement. Le temps d'attente médian pour les patients de cette étude était de 61,8 min (intervalle interquartile (IQR) = 15,75 à 96,5 min). Diverses expériences de patients ont été rapportées concernant l'attente. Huit des participants ont dit être frustrés de devoir attendre longtemps dans la salle d'attente ou sur le chariot d'ambulance. Il a été démontré que l'expérience en attente est directement liée à la satisfaction des patients en matière de soins d'urgence. La recherche soutient l'idée que les perceptions du temps d'attente plutôt que les temps d'attente réels prédisent davantage la satisfaction des patients. La charge de travail, la dotation en personnel, le surpeuplement et le blocage d'accès sont des facteurs clés dans les temps d'attente prolongés et les sources de risque clinique pour tous les patients. Les temps d'attente pour les personnes âgées peuvent être prolongés pour un certain nombre de raisons. Premièrement, la nature complexe de leurs problèmes de présentation peut empêcher le personnel de triage d'apprécier que des problèmes tels que l'immobilité, les chutes et la confusion sont des indicateurs clés de la maladie aiguë chez les personnes âgées. Deuxièmement, la disparité entre les exigences d'évaluation rapide des systèmes de triage des urgences et le temps nécessaire aux personnes âgées pour communiquer les problèmes de santé peut compromettre le transfert efficace de l'information. Enfin, les problèmes de santé aigus chez les personnes âgées peuvent être incorrectement attribués aux processus d'âge normaux. L'attente prolongée à l'urgence est pénible pour de nombreux patients, mais des études sur des patients plus âgés soulignent des problèmes d'intimité, d'isolement pendant de longues périodes, de méfiance et d'abandon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thème 4 : Facteurs perçus influençant l'accès aux soins d'urgence <p>Les points de vue des participants et des soignants sur l'accès aux soins d'urgence étaient mitigés.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Le premier thème majeur identifié dans cette étude était la variabilité de l'utilisation des urgences chez les personnes âgées. Il est bien documenté que les personnes âgées sont de grands utilisateurs de soins d'urgence. Cependant, les données qualitatives de cette étude ont montré une combinaison d'utilisateurs de services d'urgence pour la première fois et d'utilisateurs fréquents de services d'urgence. Des recherches antérieures suggèrent que le personnel des urgences surestime la prévalence réelle des personnes âgées qui utilisent les urgences. La proportion de patients âgés de 65 ans et plus que les urgentistes estimaient traiter était de près de 40% ; le pourcentage qu'ils préféreraient traiter était de près de 30% ; Les données australiennes et victoriennes suggèrent que 18% des présentations concernent des personnes âgées de 65 ans. Le décalage entre les perceptions et la réalité le nombre de personnes âgées gérées dans les services d'urgence soulève des questions sur la façon dont les perceptions peuvent influencer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins prodigués aux patients plus âgés. Il est également important de noter que l'utilisation fréquente du SU par des</p>

	<p>personnes âgées ne signifie pas une utilisation inappropriée. Il est bien documenté que les personnes âgées n'utilisent pas les urgences sauf si elles sont gravement malades et sont moins susceptibles de chercher des soins urgents pour des plaintes mineures. Un nombre considérable de nos participants à l'étude avaient des indicateurs évocateurs de graves la maladie. Par exemple, 73,3% des participants ont été classés en ATS 2 (temps d'attente maximum 10min) ou ATS 3 (temps d'attente maximum 30min) indiquant un degré élevé d'urgence clinique. L'admission à l'hôpital était justifiée chez 50% des participants. Le taux d'admission des participants arrivant en ambulance était de 71,4%, ce qui suggère une sévérité accrue de la maladie. Le taux global d'admission des participants à cette étude était de 46,7%, ce qui était supérieur au taux d'admission moyen de 23% de toutes les urgences victoriennes. La conclusion selon laquelle les patients plus âgés ont des taux d'admission plus élevés est appuyée par un certain nombre d'autres études. On peut soutenir que des problèmes tels que la réticence à demander des soins à l'urgence, la présentation tardive à l'urgence, l'urgence clinique accrue à l'arrivée à l'urgence, et la probabilité accrue d'états pathologiques multisystémiques peut être un facteur contribuant aux taux d'admission plus élevés chez les patients plus âgés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le deuxième grand thème identifié dans cette étude était la réticence à accéder aux soins en urgence. Beaucoup de participants et de soignants ont attendu jusqu'à ce qu'ils pensent que leur problème était assez grave pour justifier leur présentation au service d'urgence, ont reçu une « autorisation » de professionnels de la santé comme leur médecin généraliste ou l'appui de leurs proches avant d'aller au service d'urgence. La présentation tardive est une source potentielle de risque clinique, en particulier chez les patients ayant un infarctus aigu du myocarde, un accident vasculaire cérébral et une exacerbation des maladies respiratoires chroniques. La littérature internationale soutient l'idée qu'une plus grande proportion de patients plus âgés arrive en ambulance. Dans cette étude, 46,7% des participants sont arrivés en ambulance, ce qui est supérieur à l'arrivée victorienne à l'urgence avec un taux d'ambulance de 21,2%. Bien que les raisons suivantes soient invoquées pour une utilisation ambulancière élevée chez les patients âgés : probabilité accrue de maladie aiguë, mobilité réduite, diminution des réseaux sociaux et diminution des options de transport, l'utilisation appropriée des services d'ambulance est plus importante chez les personnes âgées (59,3%) que chez les patients plus jeunes (35,4%) . Il peut également y avoir un rôle à jouer dans l'éducation des personnes âgées qui se présentent à l'urgence, en particulier des répétitions, sur les facteurs à considérer qui justifient une présentation rapide plutôt qu'une présentation tardive dans les épisodes ultérieurs. • Le troisième grand thème identifié dans cette étude était des expériences mixtes d'attente à l'urgence. Il a été démontré que l'expérience en attente est directement liée à la satisfaction des patients en matière de soins d'urgence. La recherche soutient l'idée que les perceptions du temps d'attente plutôt que les temps d'attente réels prédisent davantage la satisfaction des patients. La charge de travail, la dotation en personnel, le surpeuplement et le blocage d'accès sont des facteurs clés dans les temps d'attente prolongés et les sources de risque clinique pour tous les patients. Les temps d'attente pour les personnes âgées peuvent être prolongés pour un certain nombre de raisons. Premièrement, la nature complexe de leurs problèmes de présentation peut empêcher le personnel de triage d'apprécier que des problèmes tels que l'immobilité, les chutes et la confusion
--	--

	<p>sont des indicateurs clés de la maladie aiguë chez les personnes âgées. Deuxièmement, la disparité entre les exigences d'évaluation rapide des systèmes de triage et le temps nécessaire aux personnes âgées pour communiquer les problèmes de santé peut compromettre le transfert efficace de l'information. Enfin, les problèmes de santé aigus chez les personnes âgées peuvent être incorrectement attribués aux processus d'âge normaux. L'attente prolongée à l'urgence est pénible pour de nombreux patients, mais des études sur des patients plus âgés soulignent des problèmes d'intimité, d'isolement pendant de longues périodes, de méfiance et d'abandon. Ces derniers sont particulièrement évidents chez les patients. L'attente prolongée peut également être fatigante pour les personnes âgées, avoir un impact sur leur capacité à répondre aux questions et à participer aux soins, et peut entraîner une gêne, une confusion, une désorientation et une anxiété accrues.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfin, le quatrième thème majeur de cette étude était les facteurs perçus influençant l'accès aux soins d'urgence. Les patients et les aidants n'ont pas d'attentes élevées en matière de soins de santé et un certain nombre de participants et de soignants de cette étude s'attendaient à des périodes d'attente importantes à l'urgence. Dans cette étude, la plupart n'ont pas directement blâmé le personnel des urgences pour les facteurs d'attente et, cependant, les facteurs cités comme la charge de travail des urgences, le nombre trop élevé de patients qui arrivent en ambulance et la perception que certains patients du service d'urgence auraient dû se faire soigner par des médecins généralistes. Cette réticence à rejeter la faute sur le personnel des services d'urgence est semblable aux conclusions de Richardson et al. qui décrivent les personnes âgées qui ont exigé l'admission aux urgences « relâchant le contrôle du système », hésitant à se plaindre et exprimant même un sentiment de gratitude. Un certain nombre de participants ont perçu le manque d'information sur les processus de triage et d'attente, ainsi que sur les faibles niveaux de dotation, en particulier le personnel médical. La compréhension limitée du processus de triage et la raison pour laquelle les patients et les familles voient les patients par ordre d'urgence plutôt que d'ordre d'arrivée est un thème récurrent dans la littérature. Une communication efficace et des informations sur les temps d'attente dans la littérature : le besoin d'information augmente avec l'allongement du temps d'attente et la diminution des conséquences négatives, y compris l'incertitude et la détresse physiologique, peut être réduite par la fourniture d'informations. Cependant, fournir des informations sur les temps d'attente des services d'urgence peut ne pas être un processus simple. Le personnel du service d'urgence est souvent incapable de donner des informations précises sur les temps d'attente, car les demandes de soins évoluent rapidement et il peut être difficile pour le personnel de communiquer les temps d'attente aux patients et aux familles, surtout si l'attente est prolongée. Les comportements violents sont associés à des temps d'attente prolongés au service des urgences. On peut soutenir que l'augmentation de la violence et de l'agression envers le personnel des services d'urgence au cours des dernières années ajoute à la réticence à donner des informations susceptibles de mettre les patients et / ou les familles en colère ou malheureux.
Forces et limites	Un certain nombre de limites doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats de l'étude. Bien que l'échantillonnage aléatoire soit idéal, un échantillonnage de commodité a été utilisé car l'étude ciblait un groupe

	spécifique de patients atteints de dysfonction érectile et le consentement éclairé était une exigence de l'étude. Cependant, l'échantillon de l'étude finale était représentatif d'une grande variété d'âges, de contextes culturels et linguistiques, d'acuité de la maladie et de groupes de diagnostic, et comprenait également des utilisateurs fréquents et peu fréquents des services d'urgence. L'utilisation d'un échantillon de commodité et d'une méthodologie qualitative limitera la généralisation de ces résultats à d'autres urgences. Comme le consentement éclairé était une exigence de l'étude, aucun ATS 1 ou patients gravement malades n'a été recruté. Bien que la capacité des patients gravement malades à participer à une étude de cette nature puisse être limitée en raison de la mortalité, de la mauvaise récupération ou de la sévérité de la maladie, les perceptions des familles des personnes gravement malades aux urgences constituent un domaine de recherche.
Conséquences et recommandations	L'approche actuelle de « taille unique » pour les systèmes de triage et d'attente des urgences n'est peut-être pas appropriée, car la démographie des utilisateurs du service d'urgence évolue avec le vieillissement de la population. Les résultats liés à l'utilisation des services d'urgence, la réticence à accéder aux soins, les expériences mitigées d'attente et les facteurs perçus influençant l'accès aux soins d'urgence permettent aux cliniciens, aux gestionnaires et aux décideurs d'urgence de se pencher sur l'adéquation et la pertinence des systèmes actuels. Les systèmes d'urgence peuvent nécessiter des modifications pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier et évaluer les systèmes « adaptés à l'âge » pour le triage aux urgences et pour mieux comprendre les facteurs associés et les résultats de la présentation tardive des SU chez les personnes âgées. Les résultats de l'étude peuvent éclairer les processus de triage et d'attente adaptés à l'âge afin d'améliorer les résultats pour les personnes âgées qui risquent d'être de plus en plus des utilisatrices de services d'urgence à l'avenir avec le vieillissement de la population.
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Considine, J., Smith, R., & McCarthy, S. (2010). Older peoples' experience of accessing emergency car. <i>Australasian Emergency Nursing Journal</i> , 13, 61-69.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'étude figure en fin de paragraphe mais aucune question n'est posée.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Il n'est pas dit que les données ont été évaluées par un expert ou par les participants
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Möller, M., Fridlund, B., Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> ; 2010 ; 24 ; 746-754. doi : 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x
Introduction Problème de recherche	Peu d'études ont été menées sur les conceptions de la rencontre de système de triage par les patients. Cooke et coll. Wellstood et coll. (12) ont étudié les attentes des patients à l'égard de ce qui suit pendant leur visite à l'urgence. Wellstood et coll. ont constaté que les patients apprécient une communication efficace et une courte attente à d'autres aspects des soins. En même temps, l'interaction entre le personnel et le patient est importante pour la perception qu'ont les patients des soins de l'urgence
Recension des écrits	Il a été démontré que les patients dans tous les niveaux de triages confondus, c'est-à-dire avec une acuité variable, valorisent une bonne communication avec le personnel infirmier et de bonne conduite. Les patients s'inquiètent de leur état de santé à leur arrivée à un service d'urgence et ils s'attendent à être traités comme des individus. Cependant, bien que les employés croient qu'ils communiquent bien avec et sont bien élevés à l'égard des patients, ces derniers (les patients) perçoivent le contraire. De plus, lorsque les patients sont au service d'urgence, étant donné l'information sur le système de triage utilisé, ils doivent comprendre et accepter le système, c'est-à-dire qu'ils doivent attendre leur tour.
Cadre théorique ou conceptuel	La satisfaction des patients
Question de recherche/buts	Décrire les conceptions des patients à l'égard de la rencontre de triage à l'urgence
Méthodes Devis de recherche	Phénoménographique : perception de ce que l'on perçoit comme étant quelque chose, c'est-à-dire la perception sur comment quelque chose est vécu. Cela signifie qu'une distinction se fait entre la perspective du premier ordre, qui commence par des faits observables de l'extérieur, et la perspective du deuxième ordre, le point de départ dont les expériences d'une personne sur quelque chose ou comment quelque chose lui apparaît dans la vie quotidienne
Population, échantillon et contexte	20 patients ont été interrogés durant leur temps d'attente aux urgences Critères d'inclusion : Les critères d'inclusion des participants à la présente étude étaient des patients adultes, triés en semaine de 9 h à 21 h, et sans problème de communication en suédois

Méthode de collecte des données	Les patients ont été sélectionnés par le premier auteur (une infirmière autorisée ayant une vaste expérience de l'urgence, mais qui n'a pas travaillé en clinique dans le service d'urgence pendant les jours de collecte des données), d'après les données les critères d'inclusion, à l'arrivée au DE. Le premier auteur a évalué l'aptitude du patient à participer en fonction des critères suivants l'état physique du patient (p. ex. pas trop douloureux) et état mental (p. ex., pas trop de détresse). Ils étaient interviewés pendant environ 30 minutes par le premier auteur alors qu'ils attendaient le médecin, les radiographies ou les résultats des analyses sanguines dans un endroit isolé aux urgences. La cassette enregistrant les entrevues étaient fondées sur une entrevue semi-structurée guidée élaborée par les auteurs.
Déroulement de l'étude	Cinq entrevues pilotes, soit non incluses dans l'étude, ont été menées dans le but de vérifier les questions de l'entrevue, ce qui a donné lieu à des questions contextuelles et des améliorations. La dernière question abordée était la suivante : Comment décririez-vous la rencontre avec le système de triage ? La progression des entrevues a varié avec les questions de suivi nécessaires pour obtenir une plus grande compréhension de l'opinion du répondant, c. -à-d., pouvez-vous décrire cela plus en détail ? Qu'entendez-vous par là ? Pouvez-vous m'expliquer un peu plus ?
Considérations éthiques	De l'information verbale sur l'étude a été donnée à chacune des personnes participantes. La participation était volontaire, et les patients ont été informés qu'ils pouvaient se retirer à tout moment et que toutes les données seraient traitées de manière confidentielle, qui était conforme aux principes éthiques tels que le respect de l'autonomie, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de l'impartialité (justice). De plus, ils ont été informés que les soins (médical et infirmier) n'ont pas été influencés par leur décision de participer ou non à l'étude. Le patient donne son consentement verbal pour participer à l'enquête de l'étude. Le directeur du service des urgences, qui a estimé que le projet était un projet de qualité, a approuvé l'étude. Compte tenu de la nature de l'étude (un projet de qualité), l'approbation n'a pas été demandée au comité d'éthique. En outre, selon la législation suédoise d'éthique de la recherche et après consultation du comité d'éthique, une autorisation éthique formelle a été jugée inutile parce que ni l'influence physique ni psychologique s'est produit lorsque les patients ont été interrogés après l'entrevue.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<i>Les données, transcrites textuellement par le premier auteur, étaient ensuite analysées, selon des recherches phénoménographiques par les trois auteurs ensemble. Les sept étapes de l'analyse phénoménographique, telles que proposées par Dahlgren & Fallsberg ont été utilisés. A tous les niveaux d'analyse, les auteurs ont appliqué le consensus de négociation</i>
Présentation des résultats	<i>Cinq catégories descriptives avec 16 perceptions ont émergé, montrant la perception qu'ont les patients de leur rencontre avec le triage aux urgences :</i> <i>La rencontre précaire : les patients ont décrit leur rencontre avec le triage au moment de l'entrée aux urgences, avant l'approche de l'infirmière de triage. Ils se sont dits préoccupés par ce qui se passerait à l'intérieur. Les patients étaient inquiets sur le fait de ne pas pouvoir décrire leurs symptômes, et ils s'inquiétaient du genre de diagnostic qu'ils recevraient. Une crainte commune était d'être oubliée dans la salle d'attente puisqu'ils ont été laissés seuls, sans contact visible avec le médecin et ils voulaient attirer leur attention. Le personnel s'est concentré sur les questions médicales et a oublié les problèmes psychologiques des patients. Les patients ont également constaté qu'ils n'étaient pas les bienvenus aux urgences, et que l'infirmière de triage ne voulait pas les aider parce qu'il y avait déjà beaucoup de patients aux urgences</i> <i>La rencontre humaniste : les patients ont décrit le processus de triage quand ils sont entrés dans la salle de triage après avoir été dans la salle d'attente Ils étaient impressionnés par la considération générale du personnel – être attentionné, prudent,</i>

	<p><i>calme et confortable, et décrivent ça comme une équipe fantastique. De plus, les patients se sentaient en sécurité en arrivant à l'urgence et en rencontrant le personnel qui a fait preuve d'une compétence attendue. Ils ont également exprimé le point de vue de valeur de la continuité au sein du personnel.</i></p> <p><i>La rencontre logistique : les patients ont décrit ce qui s'est passé dans la salle de triage. Les patients ont dit qu'ils étaient très rapidement bien soignés dans la salle de triage et semblait être les bienvenus. Les patients n'avaient pas toujours compris quel était le but de la rencontre dans la salle de triage. Ce n'est que peu à peu que les patients se sont rendu compte que le personnel les a triés en fonction de leurs symptômes. Les patients ont accepté les règles de priorité à l'urgence telles que comme ceux qui souffrent d'une maladie aiguë ou qui sont impliqués dans la priorité absolue suite à un accident. L'infirmière de triage a également pris les signes vitaux des patients.</i></p> <p><i>La rencontre d'échange d'information : Les patients l'ont exprimé comme une longue attente, non pas dans la salle de triage mais après la rencontre, surtout lorsqu'on est seul et, surtout, lorsqu'on est en grande douleur, ce qui a créé une fatigue désespérée. De plus, les patients se sont plaints sur le manque d'information. Pas seulement être sans informations sur le système de triage mais aussi sans des renseignements sur le temps d'attente total en vertu de leur visite à l'urgence. Il y avait aussi des patients satisfaits du manque d'information quand ils ont compris par la suite qu'ils avaient été attribué au niveau d'urgence le plus bas. S'ils avaient reçu une telle information ils auraient été bouleversés et auraient commencé à s'inquiéter, se plaindre encore plus. Aucun patient n'avait reçu le dépliant d'information qui se trouvait dans le dossier de la salle de triage.</i></p> <p><i>L'environnement physique du projet de rencontre : l'état physique où s'est déroulé le processus de triage. Des patients ont exprimé le milieu de triage comme étant stérile et la chambre comme étant sombre. Les patients trouvaient étrange d'entrer "parce que ça ressemblait à un bureau". Ils auraient préféré des fleurs et couleurs vives et des motifs peints sur le mur comme dans un environnement plus familial. Mais il y avait aussi des patients qui ont trouvé qu'être dans un cadre calme et confortable, c'est-à-dire une ambiance agréable décoré avec goût pour une personne qui souffre et qui a peur. D'autres patients voulaient dire que les couleurs et l'environnement en la salle de triage n'était pas du tout pertinente pour eux car ils étaient venus uniquement pour recevoir des soins</i></p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>La présente étude montre que les patients perçoivent la rencontre de triage comme contenant cinq rencontres différentes, et qu'ils ne connaissaient pas le but du triage. De plus, il y avait un manque d'information de la part du personnel. L'infirmière de triage joue également un rôle essentiel dans le processus de la satisfaction du patient par rapport à la visite aux urgences parce que le triage est le premier point de contact pour la majorité des membres du personnel infirmier avec les patients entrant aux urgences. Les patients de la présente étude ont fait l'expérience d'une anxiété grave à l'arrivée à l'infirmière de triage aux urgences. L'infirmière de triage n'y a pas prêté attention. De plus, les patients ont déclaré, déjà au cours de la rencontre de triage, qu'ils avaient besoin de plus que des soins médicaux. Les raisons pour lesquelles les infirmières de triage n'ont pas abordé la question non médicale des patients sont inconnus. Une explication possible pourrait être que les objectifs des tâches médicales sont beaucoup plus clairs que ceux des soins infirmiers les qualités du personnel sont extrêmement importantes pour une gestion efficace des ressources humaines au triage. Sauf un grand savoir-faire technique, ils doivent être capable d'être empathique avec les patients et de voir ce qui est le mieux pour eux. "Être une bonne infirmière de triage, c'est être un professionnel de la santé compétent, intelligent et compatissant avec beaucoup de bon sens et d'intuition. C'est l'un des défis les plus importants dans le domaine des soins infirmiers d'urgence." L'absence de soins dans le contexte du triage est inquiétante, car les patients expriment</p>

	<p>le besoin de recevoir des soins. De plus, elle souligne l'importance de la formation du personnel et des étudiants dans ce contexte de la première rencontre avec le patient en soins d'urgence.</p> <p>Rencontre humaine : Dans la présente étude, les patients ont déclaré que la rencontre humaine au cours du processus de triage était très importante, ce qui était semblable à ce que l'on a constaté dans des études des plusieurs autres pays. Elle était importante pour que les patients soient respectés et écoutés, d'être traité comme un être humain à part entière, d'avoir l'occasion de prendre des décisions au sujet de sa propre vie des soins. Il est également signalé que les niveaux d'instruction supérieurs des infirmières de triage sont en corrélation avec des patients plus satisfaits</p> <p>Rencontre logistique : Quelques-uns des patients savaient que l'infirmière de triage utilisait un système de triage au service des urgences. D'autres perçoivent le but de la rencontre dans la salle de triage de différentes façons, et a perçu que l'infirmière de triage a effectué plusieurs activités dans la salle de triage. Cependant, la seule activité réellement exécutée par l'infirmière de triage, dans la salle de triage, était le recueil des signes vitaux. Lorsque les patients ont reçu de l'information sur le système de triage, l'ordre dans lequel ils devaient être examinés par un médecin devient évident pour eux tous. Ils appréciaient le processus logique de triage et comprenait pourquoi l'infirmière a utilisé un système de triage.</p> <p>L'échange d'informations : Le manque de communication du personnel de l'urgence pendant la période d'attente peut parfois être une plus grande source d'insatisfaction pour les patients que la véritable attente elle-même. Les patients se sont plaints de l'absence de l'information, et en particulier sur le manque d'information sur le temps d'attente. Cela améliorerait probablement la satisfaction des patients à l'égard des soins d'urgence. L'une des constatations auxquelles il faut prêter attention concerne l'information sur les niveaux de triage des patients. Les patients étaient heureux sans information sur leur cote d'acuité, ils ont dit qu'ils auraient été inquiets et qu'ils auraient été en colère s'ils avaient reçu de telles informations. Lorsque les infirmières de triage améliorent leur communication avec le personnel, ils doivent être préparés à des réactions telles que cela pour la prise en charge des patients atteints d'une telle maladie. Pour cette raison, il est également important que le triage soit fait par des infirmières bien instruites. Il est épouvantable qu'aucun des patients n'aie reçu un dépliant d'information. Si les patients avaient reçu un dossier, il est probable que les patients auraient eu une meilleure compréhension du triage rencontre.</p> <p>L'environnement de la rencontre : Il y avait différents avis sur l'environnement dans lequel se déroule le triage. Mais il aurait certainement un impact tant pour les patients que pour le personnel si l'environnement était mieux. Une salle de triage chaleureuse et accueillante, confortable et avec un meilleur ameublement signifierait sûrement beaucoup pour les patients d'abord la rencontre et la poursuite de la visite au DE</p>
Forces et limites	<p><i>Le chercheur d'une étude qualitative a besoin de réfléchir sur le rôle des conditions d'applicabilité, de concordance, de sécurité et d'exactitude afin de sauvegarder la partie méthodologique de l'étude (19). Afin de garantir une haute applicabilité, les patients ont été choisis stratégiquement à partir d'un vaste échantillon, en fonction des priorités stratégiques avec la tradition phénoménographique (14). Un guide d'entrevue conçu par les auteurs, qui étaient tous familiers avec le triage, a été utilisé, ce qui aussi a renforcé la concordance. Afin de poursuivre renforcement de la concordance, plusieurs entretiens pilotes ont été effectuées afin de tester les questions. Même si le premier auteur a souligné que les soins aux patients ne seraient pas influencés par leur choix de participer ou non, il ne peut être exclu que les patients aient répondu d'une manière socialement souhaitable (c. -à-d. dans un faux positif). Cependant, certains des résultats de l'étude où les patients expriment leur déception pendant le</i></p>

	<p>triage suggèrent qu'ils ne se sont pas abstenus d'être honnête.</p> <p>Le temps écoulé entre la situation de triage et l'entrevue ont pu influencer les résultats</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cinq types de rencontres sont apparus : l'insécurité, l'humanisme, la logistique, l'échange d'informations et l'environnement physique de la rencontre. La rencontre de triage devrait inclure une approche plus humaniste qui peut être facilement oubliée si l'infirmière ne se concentre que sur les aspects médicaux. Faciliter des expériences plus positives de la rencontre de triage, l'équipe du personnel doit soigner et traiter les patients comme des êtres humains avec une approche holistique. La rencontre de triage a révélé plusieurs besoins différents pour chaque patient, ce que l'infirmière de triage doit identifier et s'y adapter de manière professionnelle. Le manque de renseignements sur le système de triage et sur l'attente ainsi que des inquiétudes au sujet de ce qui se passe et du fait d'être trop effrayé pour poser des questions, étaient de la plus haute importance pour la rencontre de triage négative. Les implications pour les infirmières de triage doivent inclure d'autres aspects que médical dans la rencontre de triage, comme le patient et l'apparence générale des infirmières de triage ; et de traiter le patient avec une approche holistique. Une implication pour les directeurs des services d'urgence est de s'assurer qu'il y a suffisamment d'infirmières de triage en service pour permettre le triage à effectuer en fonction des besoins du patient.</p>
Commentaires	<p>Points à retenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors de leur prise en charge durant le triage aux urgences, les patients ont identifiés 5 points différents (voir point présentation des résultats). - La première infirmière de triage semblait non accueillante et trop basée sur les besoins médicaux des patients et pas assez sur leur besoins psychologiques -> prendre la personne en entier, en tant qu'être humain, avec une approche holistique - Le manque d'informations a un impact important sur la satisfaction des patients-> exemple le manque d'information sur le temps d'attente est pire que le temps d'attente en lui-même. Proposition : des infirmières qui passent toutes les 30 minutes dans la salle d'attente pour dire où en est le temps d'attente. - Le patient n'est souvent pas au courant du système de triage et donc ne le comprennent pas - L'environnement peut avoir un impact sur la satisfaction des patients -> un environnement chaleureux serait mieux

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Références de l'article analysé : Möller, M., Fridlund, B., Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> ; 2010 ; 24 ; 746-754. doi : 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?			X	Dit uniquement qu'il n'y a pas eu assez d'étude qualitative sur le sujet mais ne donne pas de résultat proprement dit
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			La satisfaction des patients
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Le but est donné (décrire les conceptions des patients à l'égard de la rencontre de triage à l'urgence) mais pas de question PICO clairement formulée
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?			X	Les résultats des recherches antérieures ne sont pas clairement donnés. Mais l'approche phénoménographique de cette étude est citée ainsi qu'une justification de ce choix
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			
Population et	-La description du cadre et de l'échantillon			X	20 patients, adultes, triés en semaine de 9 h à 21 h, et sans

contexte	est-elle détaillée ?				problème de communiquer en suédois, sans des douleurs trop importantes ou un détresse psychologique trop importante
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				? Je ne comprends pas cette question
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?			X	<i>Analyses des données par les trois auteurs mais rien de plus n'est expliqué</i>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Pas avec les recherches antérieures
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		<i>Pas de limite clairement définie</i>
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<i>Ils disent ce qu'il faudrait faire pour améliorer la prise en charge</i>

Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Rutherford, K. A., Pitetti, R. D., Zuckerbraun, N. S., Smola, S., Gold, M. A. (2010). Adolescents' Perceptions of Interpersonal Communication, Respect, and Concern for Privacy in an Urban Tertiary-Care Pediatric Emergency Department. <i>Pediatric Emergency Care, volume 26</i>
Introduction Problème de recherche	La satisfaction des patients à l'égard des soins médicaux est importante pour la continuité des soins, l'amélioration de la qualité des soins et le succès institutionnel. Les organisations de santé s'intéressent de plus en plus à la qualité des soins et les données qui peuvent être utilisées pour initier et guider cette amélioration. Des rapports qui révèlent comment les consommateurs perçoivent la qualité de leurs propres soins de santé fournissent des informations précieuses pour l'évaluation et l'amélioration de la performance de la satisfaction des patients et sont en corrélation avec l'amélioration de l'état de santé des patients et la conformité médicale. La plupart des enquêtes publiées qui portent sur les perceptions et la satisfaction à l'égard des soins à l'urgence (SU) ont été effectuées auprès de populations de patients adultes. Une telle enquête a spécifiquement évalué des variables prédictives telles que la communication interpersonnelle entre le personnel et les patients et la courtoisie perçue et le respect, le temps d'attente perçu et la durée du séjour à l'urgence. (LOS), et les niveaux de triage aigu comme facteurs clés associés à l'infection par la satisfaction du patient. La communication interpersonnelle patient-soignant a démontré qu'il existe une corrélation constante avec la satisfaction globale des patients. La gravité de l'acuité a également été une corrélation de la satisfaction des patients, ce qui a permis d'améliorer l'état de santé des patients peut être, en partie, attribuable à la réduction des temps d'attente. La durée du séjour a démontré dans plusieurs études qu'il existe une corrélation inversement corrélée avec l'activité de la satisfaction des patients, en particulier le temps d'attente perçu. Il existe peu d'études publiées sur la satisfaction des consommateurs dans le cadre de l'urgence pédiatrique. Les études ont principalement consisté en de brefs questionnaires qui étaient les suivants administrés aux parents de patients pédiatriques, mais pas directement aux patients pédiatriques. Les adolescents sont uniques sur questionné sur le plan social, les développemental et leurs besoins, en particulier le désir d'indépendance par rapport à leurs parents et le besoin d'être reconnu avec respect. L'autonomisation, la participation et la responsabilité font partie intégrante de la prestation de soins de santé et de soins aux adolescents. Les soignants doivent trouver un équilibre entre les soins médicaux et les soins aux adolescents, les besoins des patients adolescents avec une sensibilité et une attention particulière pour la protection de la vie privée pendant une période de vulnérabilité du développement. Il existe peu de données publiées au sujet des patients adolescents et de l'utilisation de l'insuline chez les adolescents, leurs niveaux perçus de communication interpersonnelle entre les soignants, le respect et le souci de la vie privée dans tous les soins de santé ambulatoires. Nous n'avons pas connaissance de l'existence d'une étude publiée en Amérique du Nord qui a mené une enquête exclusive auprès d'une cohorte d'immigrants de l'Amérique du Nord en ce qui concerne la perception des soins chez les adolescents.
Recension des écrits	Après une recherche documentaire, nous avons trouvé une étude dans la base de données de PED qui a interrogé des patients pédiatriques âgés de 5 à 17 ans et leurs parents sur leur satisfaction à l'égard de l'ensemble des soins, des patients et des fournisseurs de soins. La communication et le soulagement de la douleur à l'aide du Wong-Baker. FACES et une échelle

	<p>d'évaluation de 6 points. Les scores de satisfaction pour les patients pédiatriques et leurs parents étaient fortement corrélés avec les interactions entre le prestataire de soins et le patient pendant la visite. De plus, la satisfaction des parents est inversement corrélée avec les temps d'attente dans la salle d'attente de la DEP, alors que les enfants et les adolescents étaient plus satisfaits si leur douleur a été bien maîtrisée au cours de leur temps d'attente. Une autre étude récente en Irlande a fait l'objet d'un sondage prospectif. 24 adolescents dans un service d'urgence pour adultes en ce qui concerne les raisons à l'origine de la dysfonction érectile, l'utilisation et les perceptions à l'égard de leurs soins. Dans cette étude, 79 % des personnes interrogées dans le cadre de l'étude des répondants ont qualifié leurs soins de bons ou d'excellents, et 88 % d'entre eux ont indiqué que leurs soins étaient bons ou excellents ont déclaré qu'ils étaient tenus au courant des détails de leurs soins. Toutefois, 46 % des répondants ont signalé un retard trop important dans le lancement de l'initiative du traitement. Les temps d'attente de plus de 3 heures a été signalé comme inacceptable. De plus, 38 % estimaient qu'on aurait dû leur donner le vaccin contre la grippe aviaire. La plupart des études publiées portant sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée sont des études auprès des adolescents se sont concentrées sur le comportement ou la sexualité santé dans des milieux autres que les salles d'urgence. Beaucoup de PEDs aujourd'hui fournissent des soins médicaux aux adolescents jusqu'à ce que leur 21^e anniversaire. De plus, le PED a souvent utilisé par les adolescents pour des activités non programmées. des préoccupations urgentes en matière de soins en raison d'une capacité inadéquate en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé. Dans une étude publiée, 4,6 % des adolescents interrogés ont utilisé l'urgence comme principale source d'information. Il n'est pas inhabituel pour les soignants des urgences de sous-estimer les soins de santé. Il est important pour les problèmes de santé d'un adolescent que les DEP maintiennent un environnement où la communication est ouverte, encouragée entre les soignants de la PED et les adolescents, où l'on encourage l'échange d'informations entre les soignants de la PED et les adolescents, où les adolescents se sentent à l'aise de discuter de sujets sensibles et privés, de problèmes de santé et où les aidants naturels se sentent respectés et sont assurés de leur bien-être : la vie privée sera protégée</p>
Cadre théorique ou conceptuel	La satisfaction
Question de recherche/buts	Mesurer la satisfaction globale perçue des adolescents avec les soins de santé dans un service d'urgence pédiatrique (PED), identifier les facteurs clés qui ont contribué à la satisfaction et déterminer comment ces facteurs interagissent avec la durée du séjour et l'acuité du triage
Méthodes Devis de recherche	Analyse qualitative approfondie
Population, échantillon et contexte	<p>Un échantillon de commodité de 100 hommes et femmes, adolescents âgés de 13 à 21 ans qui répondent aux critères d'admissibilité et qui étaient des patients inscrits dans n'importe quelle section d'un service d'urgence pédiatrique urbain à Pittsburgh, en Pennsylvanie, entre février et septembre 2007. Les adolescents de moins de 18 ans devaient être accompagnés d'un parent qui a fourni le consentement éclairé écrit requis pour le mineur pour participer à l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion : Tout adolescent ou adolescente entre l'âge de 13 ans et l'âge de 21 ans qui était un patient enregistré dans le PED pendant la période de pré-désignation de la période d'étude, qui était physiquement et cognitivement capable de donner son consentement écrit pour participer à l'étude, et qui est responsable de l'étude. L'indice de service d'urgence (ISE) entre 2 et 5. a été inclus dans l'étude. L'ESI est un algorithme de triage de l'urgence à 5 niveaux qui fournit une stratification clinique des patients en 5 des catégories allant de 1 (la plus aiguë) à 5 (la moins aiguë). Les adolescents de moins de 18 ans devaient être</p>

	<p>accompagnés d'un parent qui a fourni le consentement éclairé écrit requis pour le mineur pour participer à l'étude.</p> <p>Critères d'exclusion : Tout patient âgé de moins de 13 ans ou de plus de 21 ans, ne parlant pas anglais, possédant un retard ou un handicap physique ou psychique, une déficience qui a limité la capacité de l'adolescent à s'auto-déterminer. Toutes les plaintes principales de traumatisme de niveau I ou d'ISE de 1, qui ont eu des rapports sexuels ou d'agression physique, qui était en état d'ébriété ou qui s'est présenté pour les plaintes de troubles psychiatriques primaires, ont été exclues de l'étude avec la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Nous avons également exclu les patients gravement malades et instables au niveau des signes vitaux au moment de la disposition ou ceux qui ont un état changement de l'état mental. Les adolescents de moins de 18 ans qui se sont présentés à l'Assemblée générale des Nations Unies. Les patients sans parent ont été exclus de l'étude, tout comme l'ont été ceux qui avaient déjà participé à l'étude du lors d'une visite antérieure au service des urgences</p>
Méthode de collecte des données	<p>Questionnaire auto-administré de 27 points présentant les 5 domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> •le niveau global perçu de l'adolescent en ce qui a trait à la satisfaction à l'égard des soins dans le service pédiatrique d'urgence •Perception de la communication interpersonnelle : 3 points à propos de l'activité de l'entreprise : la perception de l'interaction et de la communication de l'adolescent avec les soignants du service pédiatrique d'urgence •Respect perçu des soignants du service d'urgence pédiatrique : 2 questions spécifiques sur le respect perçu que l'adolescent a reçu de ses soignants du service d'urgence pédiatrique. •Préoccupation perçue à l'égard de la protection de la vie privée par les soignants du service d'urgence pédiatrique : 2 questions en ce qui concerne le niveau perçu de protection de la vie privée de l'adolescente ou de l'adolescent •Démographie : 4 questions sur les caractéristiques démographiques (dans les limites fixées par la Portabilité de l'Assurance Maladie). Loi sur la responsabilité, qui exclut les identificateurs uniques) comme l'âge, le sexe, l'ethnicité et la race. La plupart des questions du questionnaire nécessitaient des réponses catégoriques oui ou non. De plus, il y avait 4 questions qui utilisaient des points de 0 à 10. Les échelles de réponse globale, où l'on a demandé aux participants d'évaluer leur perception de l'expérience globale du service d'urgences pédiatrique, des soins en général du service d'urgences pédiatrique, de la façon dont ils perçoivent l'expérience globale du service, de la façon dont ils perçoivent les soins du service d'urgences pédiatrique, les médecins ont expliqué leurs soins et le respect qu'on leur témoignait, également donnée par les médecins et les infirmières. Enfin, le dernier élément de l'enquête était une question ouverte qui demandait aux participants de proposer une des suggestions sur la façon dont ils amélioreraient les soins aux patients en demandant : S'il vous plaît, dites-nous une façon d'améliorer les soins pour les adolescents et les jeunes adultes dans la salle d'urgence de l'Hôpital pour enfants de Pittsburgh. Une fois l'enquête terminée, les adolescents ont été remboursés de 5 dollars à titre de rémunération en espèces pour leur temps et leur participation.
Déroulement de l'étude	<p>Pendant que les participants à l'étude s'auto-administreraient le questionnaire, l'IP a enregistré l'âge, le sexe, le triage de l'adolescent, le score d'acuité, présentant la plainte principale du tableau de suivi de la DEP, de la disposition et des types d'appareils de suivi du service d'urgences pédiatrique. Les soignants de la DEP ont été directement impliqués dans les soins du patient</p> <p>L'IP a enregistré les données sur un formulaire identifié uniquement par un code d'identification unique, protégeant ainsi la vie privée de l'utilisateur, la confidentialité des participants. La même identification a également été placée sur l'enquête écrite, de sorte que les données pourraient être liées en conséquence. Parce que nous n'avons pas suivi les patients par leur nom, nous nous sommes appuyés sur un système d'honneur selon lequel les participants prennent part à l'événement ne sont pris qu'une seule</p>

	fois. Il convient également de noter que l'enquêteur principal n'a pas considéré que les dossiers médicaux écrits des adolescents à n'importe quel moment pour l'obtention de renseignements supplémentaires concernant la visite à l'urgence.
Considérations éthiques	Un consentement a été signé par chaque participant de plus de 18 ans. Pour les participants de moins de 18 ans, le parent qui l'accompagne a signé le consentement et c'est l'enfant qui a ensuite répondu seul aux questions. Chaque refus de participer à l'étude était considéré comme une raison valable.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<i>Analyse statistique : Les données obtenues à partir du questionnaire d'enquête et de la base de données ont été entrées dans une base de données Microsoft Access, qui a été maintenue sur un site Web du serveur sécurisé à l'Hôpital pour enfants de Pittsburgh avec des serveurs de sauvegarde. Les données de l'étude ont été analysées quantitativement en tant que variables catégorielles, à l'exception des données de fin d'enquête. Les relations bivariées ont été examinées à l'aide des méthodes suivantes des tableaux croisés, et les pourcentages des lignes ou des colonnes étaient les suivants pour discerner les schémas d'associations. Le moment où l'enquête a été complétée a été déclaré comme étant des données continues et analysées en fonction de variables cliniques spécifiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction de la mère, l'origine ethnique et la race, l'utilisation des tests et des analyses de variance.</i> <i>Analyse qualitative : Les relations bivariées ont été examinées à l'aide des méthodes suivantes des tableaux croisés, et les pourcentages des lignes ou des colonnes étaient les suivants pour discerner les schémas d'associations. Le moment où l'enquête a été complétée a été déclaré comme étant des données continues et analysées en fonction de variables cliniques spécifiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction de la mère, l'origine ethnique et la race, l'utilisation des tests et des analyses de variance.</i>
Présentation des résultats	<i>Résultats quantitatifs : Au total, 108 adolescents admissibles ont été approchés dans le cadre de l'étude de cas pendant la période d'étude, et 100 (93%) ont consenti à participer. Comme pour la plupart des études de satisfaction, l'approche globale des données de réponse ont été biaisées vers l'extrémité supérieure de la réponse de l'échelle. En raison de ce biais, les médianes plutôt que les moyennes ont été calculées. Les médianes pour chaque élément, respectivement, étaient de 8, 9, 10 et 10, tous au-dessus des 7 critères d'intervention globale ou plus dénotant la satisfaction. Questions relatives à la communication interpersonnelle et le respect avaient tous les deux une médiane de 10</i> <i>La plupart des répondants à l'enquête (95 %) ont déclaré qu'ils étaient satisfaits de leur expérience globale en matière de service, sans qu'il n'y ait d'incidence significative différence selon les groupes d'âge</i> <i>De plus, il y a il n'y avait pas de différence significative dans les données de réponse globale entre les groupes d'âge en ce qui concerne la notation globale de l'expérience globale en matière de service d'urgence pédiatrique et l'ensemble des soins de du service d'urgence pédiatrique (points 2 et 3). Il n'y avait pas de données statistiques des différences importantes en ce qui concerne la satisfaction globale à l'égard de ces services. 3 éléments parmi les données démographiques sur le sexe, la race et le niveau de l'éducation de la mère, ainsi que par la notation de l'ESI au triage. La durée du séjour n'a montré aucune différence significative dans l'ensemble de l'étude e les taux de satisfaction et la cote globale de l'expérience globale, mais a montré une différence dans la note globale de l'ensemble de l'étude de soins</i> <i>Résultats qualitatifs : . Si les adolescents donnaient plus d'une suggestion d'amélioration, chaque suggestion a été codée individuellement. Après codage et analyse qualitative, 4 domaines distincts ont été créés à partir des réponses : aucun changement n'est nécessaire, ce qui permet d'améliorer l'efficacité de l'intervention. la communication interpersonnelle,</i>

	<i>l'amélioration du confort de séjour, et raccourcir la durée d'attente</i>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats de notre étude pilote montrent que les adolescents inscrits à notre étude ont exprimé un taux élevé de satisfaction à l'égard de leur l'expérience et les soins du service d'urgence pédiatrique dans son ensemble. Dans notre échantillon recruté, il n'y avait pas de différences statistiquement significatives en matière de satisfaction selon le sexe, l'âge, le statut socioéconomique, l'origine ethnique ou le type de personne qui s'occupe de l'enfant. 3 facteurs clés potentiels que nous avons étudiés, la communication interpersonnelle et le respect est significativement corrélé avec la satisfaction des répondants, de leur expérience globale en matière de de service. Intéressant, la satisfaction à l'égard des préoccupations relatives à la protection de la vie privée n'a pas été jugée comme étant une priorité statistiquement significative de la satisfaction à l'égard du service des urgences. Dans nos données brutes sur les items du questionnaire, 15 % des répondants à l'enquête ont indiqué qu'ils n'avaient pas répondu à l'enquête, les répondants ont indiqué qu'une plainte principale délicates en fonction de l'emplacement de la plainte principale, par exemple douleur abdominale inférieure, dysurie et abcès des fesses (point 13). Cinq pour cent ont indiqué qu'ils ont discuté de quelque chose au cours de l'enquête, de leur visite qu'ils souhaitaient garder confidentielle de la part d'un parent ou le tuteur. Il n'est pas clair si le faible taux d'inflation de le nombre de plaintes principales d'une organisation sensible ou confidentielle dans notre échantillon recruté a influencé ce domaine en tant qu'un facteur moins important lié à la satisfaction globale. . Il s'agit de la première étude que nous connaissons qui a enquêté directement auprès d'un adolescent exclusivement adolescent dans un contexte d'urgence pédiatrique, quelle qu'en soit la raison. De plus, cette étude explore plus en profondeur des domaines spécifiques patient-fournisseur qui sont en particulier plus important pour les adolescents, étant donné leur besoin à la reconnaissance et au respect, et aux sentiments d'autonomisation par leurs soignants. Cela peut expliquer pourquoi les domaines des relations interpersonnelles la communication et le respect sont les plus fortement corrélés avec une satisfaction générale à l'égard de l'expérience des adolescents. Une autre conclusion positive de notre étude est que nous avons démontré que les adolescents de tous âges peuvent faire l'objet d'une enquête en consultation externe dans un court laps de temps, dans notre cas avec un temps moyen de 6,6 minutes pour un sondage de 27 items avec un excellent rapport qualité des taux de réponse. Nous avons également montré que les adolescents peuvent facilement s'auto-administrer un sondage, s'il est conçu en fonction de l'âge, du langage et des instructions claires</p>
Forces et limites	<p><i>Notre étude a des limites qui doivent être prises en considération pour l'interprétation des résultats. La principale limite est le petit nombre de personnes participantes recrutées dans le cadre de l'étude (n = 100), un calendrier limité dans le temps, principalement au printemps et au début de l'été, dans une seule institution</i></p> <p><i>. La détermination de la satisfaction globale des adolescents est limitée dans ce domaine par la petite taille de l'échantillon. Nous ne savons pas si notre taux de réponse élevé a quelque chose à voir avec l'indemnisation immédiate</i></p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Nous remanierions les futures enquêtes auprès des adolescents afin d'y inclure les éléments suivants de réponse globale pour l'évaluation des préoccupations des soignants de le service d'urgences pédiatrique pour la vie privée recherche supplémentaire avec un plus grand nombre de participants est nécessaires</i></p> <p><i>La régression multivariée pourrait être utilisé pour analyser plus en profondeur les relations au sein des différents domaines variables et de la satisfaction globale, mais il ne s'agit pas d'un problème de satisfaction générale, mais plutôt d'un problème d'accès à l'information</i></p>
Commentaires	3 facteurs clés potentiels que nous avons étudiés, la communication interpersonnelle et le respect sont significativement corrélé avec la satisfaction des répondants, de leur expérience globale en matière de de service. Intéressant, la satisfaction à l'égard des

	<p>préoccupations relatives à la protection de la vie privée n'a pas été jugée comme étant une priorité statistiquement significative de la satisfaction à l'égard du service des urgences. Les relations interpersonnelles la communication et le respect sont les plus fortement corrélés avec une satisfaction générale à l'égard de l'expérience des adolescents</p> <p>Nous avons également montré que les adolescents peuvent facilement s'auto-administrer un sondage, s'il est conçu en fonction de l'âge, du langage et des instructions claires</p>
--	---

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Références de l'article analysé : Rutherford, K. A., Pitetti, R. D., Zuckerbraun, N. S., Smola, S., Gold, M. A. (2010). Adolescents' Perceptions of Interpersonal Communication, Respect, and Concern for Privacy in an Urban Tertiary-Care Pediatric Emergency Department. <i>Pediatric Emergency Care</i> , volume 26					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	La cadre conceptuel n'est pas clairement mentionné mais on comprend que c'est la satisfaction
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Néant
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?			X	<i>Les questionnaires donne la mesure de la satisfaction globale mais comme ils sont composés de questions fermées ou d'échelles ils ne permettent pas d'identifier clairement les facteurs liés à la satisfaction</i>
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?		X		Néant
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			

Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Grille résumée pour l'analyse des revues systématiques

Titre de la revue	20 ans de recherches sur la satisfaction des patients dans les services d'urgence : une revue qualitative
Contexte	La satisfaction des patients doit être placée dans le contexte de l'amélioration globale de la qualité des soins. Les services de médecine d'urgence ont des facteurs uniques au modèle de service rendus au client. Premièrement, les patients peuvent signaler une grande satisfaction des soins même si les soins étaient pauvres. Le deuxième est la manière dont les mesures de satisfaction sont appliquées. Une définition de la satisfaction selon les patients inclut la satisfaction générale, la probabilité de recommander l'institution, la volonté de retourner dans l'institution. Une étude de 2001 démontre qu'il y a 6 objectifs qui peuvent améliorer la satisfaction des patients : la sécurité, les compétences du personnel, l'attitude centrée sur le patient (Patient Centré), le temps d'attente, l'efficacité, l'équité.
Objectifs (PICO)	Aller au cœur de l'expérience du patient dans les soins, pour savoir ce qui définit vraiment la satisfaction pour lui
Sources (bases) des données	PubMed
Critères d'éligibilité ou caractéristiques des études (durée, années, langues,)	Néant
Participants	Études qualitatives, de 2000 à 2008, traitant de la satisfaction des patients dans les services d'urgences
Interventions	Regrouper les études qualitatives sur 20 ans sur la satisfaction des patients
Méthodes d'évaluation et de synthèse des études	Néant
Résultats	Temps d'attente : La perception du temps d'attente (par opposition à l'attente réelle) est la plus importante variable contribuant à la satisfaction du patient, et ceci de même a été démontré que la satisfaction des patients est en corrélation avec les attentes qui sont plus courtes que prévu. Le triage d'équipe améliore la satisfaction des patients en permettant au médecin plus tôt auprès du patient.

	<p>Compétences techniques : Des bonnes compétences techniques améliorent la satisfaction du patient. De plus, la plupart des patients n'aiment pas lorsqu'un étudiant médecin pratique sur eux un soin pour la première fois et se sentent pour la plupart obligé d'accepter lorsqu'on leur demande s'ils sont d'accord ou non.</p> <p>Gestion de la douleur : Principal symptôme qui amènent les patients aux urgences. Il y a donc une corrélation générale entre le soulagement de la douleur et la satisfaction des patients mais aussi avec l'expérience de la douleur, l'intensité de celle-ci et les facteurs culturels. De plus, un soulagement rapide de la douleur dissuade les patients de partir avant d'avoir été vu par un médecin. Une bonne évaluation des antalgies est donc nécessaire pour augmenter la satisfaction des patients.</p> <p>Communication des informations : Le manque d'information a un effet plus important sur la satisfaction des patients que le temps d'attente perçu ou autres facteurs de corrélation. Les professionnels ont tendance à surestimer la quantité d'information qu'ils donnent aux patients. Le concept d'un avocat au patient (advocacy), permet à celui-ci d'être régulièrement contactée et tenu au courant de ce qui se passe (lui ainsi que sa famille), et permet également de libérer les professionnels pour d'autres soins plus techniques. Il a également été démontré que les personnes de plus de 65 ans ont besoin d'être informées de manière plus régulière que les autres et de manière plus rassurante. Concernant la satisfaction de la famille et des proches accompagnants du patient, il a été démontré qu'il y a trois facteurs déterminant la satisfaction : la rapidité des soins, la communication d'informations et les relations interpersonnelles.</p> <p>Autres corrélations : La satisfaction peut aussi être en lien avec le respect de la vie privée, la propreté de l'établissement et la sécurité pour les patients.</p> <p>Attitude empathique : l'empathie et donc la communication interpersonnelle et Patient Centré sont en corrélation directe avec l'amélioration de la satisfaction du patient.</p>
Limites	Les exigences de satisfaction des différentes sous population doivent encore être définies, et spécifié avec l'âge, les données spécifiques et les maladies amenant les patients aux urgences.
Impacts des résultats	Si on tient compte des 5 domaines principaux relevés dans ce travail (temps d'attente perçu, l'empathie, les compétences techniques, la gestion de la douleur et la communication d'informations) et qu'on les améliore, on peut s'attendre à une augmentation de la perception de la satisfaction des patients aux urgences. De plus, les différentes interventions proposées dans cette revue ne sont pas très coûteuses et nécessite plutôt une modification psychique que physique chez les professionnels. Il est également nécessaire de comprendre les éléments de la rencontre avec le patient, ce qui est important pour lui. Un futur investissement dans ce sens-là permettra d'apporter beaucoup dans ce contexte que ce qui avait été fait auparavant.
Conclusion	Les 5 domaines principaux de cette étude permettront d'augmenter la satisfaction des patients s'ils sont respectés et améliorés. Il est également nécessaire de se pencher plus spécifiquement sur ce qui est réellement important pour le patient, ceci permettra de faire encore augmenter cette satisfaction.
Implication pour le projet	Cf impact des résultats

Références : Welch, S. J. (2010). Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department : A Qualitative Review. *American Journal Of Medical Quality*, 25 (1), 64-72. Doi : 10.1177/1062860609352536

Référence de l'article : Welch, S. J. (2010). Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department : A Qualitative Review. <i>American Journal Of Medical Quality</i> , 25 (1), 64-72. doi : 10.117711062860609352536				
Référence du questionnaire : Zaug, V., Savoldelli, V., Sabatier, B., Durieux, P. (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : Méthodologie des revues systématiques. <i>Santé Publique</i> . Vol. 26, p. 655-667. doi 10.3917/spub.145.0655				
Questions	Oui	Peu	Non	Commentaire
A-t-on fourni un protocole <i>a priori</i> du travail ? La question à l'étude et les critères d'inclusion doivent être établis avant l'exécution de la revue systématique. Existe-t-il un protocole publié de l'étude, l'approbation par un comité d'éthique ou des objectifs prédéterminés ?			X	Aucune question d'étude n'est clairement formulée. Le seul critère d'inclusion et d'exclusion est que les études doivent se trouver entre les années 1990 et 2010. Pas d'approbation d'un comité d'éthique.
La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites en double ? Il doit y avoir au moins deux extracteurs de données indépendants et un mécanisme pour arriver à un consensus dans les cas de divergences.			X	Pas d'information sur l'extraction des données
A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? La recherche doit porter sur au moins deux sources électroniques. Le rapport doit inclure les années et les bases de données utilisées (ex. : Central, EMBASE et MEDLINE). Les auteurs doivent fournir les mots clés et/ou les termes utilisés pour la recherche et au mieux la stratégie de recherche. Toutes les recherches doivent être complétées par une consultation de revues, de manuels, de registres spécialisés ou de spécialistes du domaine et par une revue des références contenues dans les études.		X		Les bases de données ne sont pas mentionnées mais les mots clés sont données « patient satisfaction », « timeliness of care », « pain management »
Est-ce que la nature d'une publication (ex. : littérature grise) a servi de critère d'inclusion ? Les auteurs doivent déclarer avoir recherché des rapports d'études sans égard au type de publication. Ils doivent aussi dire s'ils ont exclu des rapports à cause de la nature de la publication, de sa langue, etc. Il doit y avoir une recherche explicite de la littérature « grise », comme par exemple la base OpenGrey			X	Aucune information à ce sujet
Les auteurs ont-ils fourni la liste des études incluses et des études exclues ? Les auteurs doivent fournir la liste des études incluses et des études exclues. Un lien électronique vers ces listes est acceptable.			X	Aucune liste ni nom d'étude n'est donnée
Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Présentées sous une forme condensée comme un tableau, les données de l'étude originale doivent inclure les participants, les interventions et les résultats. L'étude doit rendre compte des différentes caractéristiques de toutes les études analysées (ex. : âge, sexe, données socioéconomiques pertinentes, état de la maladie, durée, sévérité ou autres maladies).	X			
La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été analysée et documentée ? Le choix des types d'études éligibles doit être précisé et justifié (par exemple les essais contrôlés randomisés, les essais en double insu, les essais comparatifs avec placebo, d'autres types d'études). La qualité de chaque étude a-t-elle été analysée ? (Score de Jadad, risque de biais...).			X	Aucune information à ce sujet
La qualité des études incluses a-t-elle été prise en compte de façon appropriée dans la formulation des conclusions ?			X	Les résultats sont classés sous forme de catégories qualitatives uniquement

Les résultats concernant la qualité scientifique des études incluses doivent être pris en compte dans l'analyse et les conclusions de la revue, et doivent être mentionnés explicitement dans la formulation des recommandations. Par exemple « les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de la faible qualité des études prises en compte ».				
Les méthodes d'analyse des résultats étaient-elles appropriées ? Lorsqu'on regroupe des résultats, on doit d'abord vérifier si les études sont combinables en appliquant un test d'homogénéité (p. ex., le test I ²). S'il existe de l'hétérogénéité, on devrait utiliser un modèle d'analyse des effets aléatoires et/ou considérer la pertinence de regrouper les résultats des études (est-il approprié de les regrouper ?). Les auteurs doivent expliquer la raison de leur mode de présentation des résultats.			X	Aucune méthode d'analyse des résultats n'est connue
A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? L'analyse d'un biais de publication doit comprendre une représentation graphique (p. ex., graphique en entonnoir) et/ou des analyses statistiques (p. ex. : le test de régression de Egger).			X	Aucun graphique ni statistique
A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Les sources potentielles de soutien doivent être clairement présentées, pour les auteurs de la revue systématique et pour chacune des études incluses dans la revue.	X			

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Doohan, I., & Saveman, B-I. (2015). Need for compassion in prehospital and emergency care : A qualitative study on bus crash survivorss' experiences. <i>International Emergency Nursing</i> , 23, 115-119.
Introduction Problème de recherche	Une attention est rarement accordée aux survivants après un incident majeur avec l'intention d'étudier des aspects autres que pathologiques. L'exception est quand une catastrophe survient et que des efforts extraordinaires sont déployés pour offrir de l'aide aux survivants. Les accidents majeurs qui surviennent plus régulièrement, par exemple dans les transports publics, n'attirent pas autant l'attention, avec peu de recherches axées sur les expériences des survivants. Dans une étude sur les expériences à court terme des survivants d'accidents de bus, des difficultés de sommeil, l'anxiété liée aux voyages et le besoin de soutien ont été présentés (Doohan et Saveman, 2014). Une étude sur les expériences des survivants d'accidents de train a montré que tous bénéficiaient grandement du soutien social informel (Forsberg et Saveman, 2011)
Recension des écrits	Un exemple en est la catastrophe du tsunami en Asie du Sud-Est en 2004, qui a généré une recherche approfondie sur la santé mentale des survivants et leurs expériences (Keskinen-Rosenqvist et al., 2011 ; Råholm et al., 2008. Les accidents majeurs qui surviennent plus régulièrement, par exemple dans les transports publics, n'attirent pas autant l'attention, avec peu de recherches axées sur les expériences des survivants. Dans une étude sur les expériences à court terme des survivants d'accidents de bus, des difficultés de sommeil, l'anxiété liée aux voyages et le besoin de soutien ont été présentés (Doohan et Saveman, 2014). Une étude sur les expériences des survivants d'accidents de train a montré que tous bénéficiaient grandement du soutien social informel (Forsberg et Saveman, 2011). De plus, lors de l'évaluation d'une opération de sauvetage, on communique généralement avec les secouristes et les volontaires impliqués dans la réponse (par exemple, Suserud et Haljamae, 1997). Les destinataires réels de l'aide interviewée sont rares. Il y a un manque de preuves empiriques sur la façon dont les survivants perçoivent les soins d'urgence offerts après les incidents majeurs liés au transport. Afin d'améliorer les soins préhospitaliers et d'urgence, d'autres études sont nécessaires
Cadre théorique ou conceptuel	Le concept de résilience a été reconnu comme important dans la recherche sur les victimes de catastrophes (Bisson, 2007).La résilience est la capacité à maintenir un fonctionnement sain et sans symptômes après un événement potentiellement traumatisant (Bonanno et al., 2006).
Question de recherche/buts	Il y a un manque de preuves empiriques sur la façon dont les survivants perçoivent les soins d'urgence offerts après les incidents majeurs liés au transport. Afin d'améliorer les soins préhospitaliers et d'urgence, d'autres études sont nécessaires. Le but de cette étude est d'explorer les expériences des survivants après un accident de bus majeur.
Méthodes	L'étude a un design qualitatif descriptif et est basée sur l'analyse du contenu des entretiens téléphoniques avec les

Devis de recherche	survivants 5 ans après un accident d'autobus majeur en Suède.
Population, échantillon et contexte	L'échantillonnage était intentionnel et comprenait 54 des 56 passagers survivants de l'accident d'autobus : 21 femmes et 33 hommes. L'échantillon comprend tous les survivants des deux autobus qui se sont écrasés, mais deux survivants ont été exclus parce qu'ils étaient inaccessibles. Les âges variaient entre 23 et 69 ans (moyenne 43) au moment de l'interview. Les données sur les blessures des survivants ont été collectées à partir d'un rapport officiel d'accident rempli par l'Autorité suédoise d'enquête sur les accidents (2008). Les blessures des participants sont présentées selon l'échelle de gravité abrégée (AIS), où l'AIS maximum (MAIS) représente la blessure de la personne avec la valeur AIS la plus élevée (International Injury Scaling Committee, 2005). Quarante-quatre participants ont subi des blessures légères (AIS 1), sept des participants ont subi des blessures modérées (AIS 2), p. Ex. Commotion cérébrale et fracture des côtes et trois participants ont subi des blessures graves (AIS 3), par exemple des fractures compliquées et des blessures internes. Les passagers décédés ont subi des blessures au thorax, à la tête et à l'abdomen ainsi que de multiples blessures mortelles internes (AIS 5-6). Les deux survivants exclus ont subi des blessures légères et modérées respectivement.
Méthode de collecte des données	L'autorité suédoise chargée des enquêtes sur les accidents a mené des entretiens avec tous les survivants un mois après l'accident de bus. Les données sur les survivants ont été mises à la disposition des auteurs pour une étude précédente (Doohan et Saveman, 2014) et les survivants ont été contactés à nouveau au printemps 2012 pour des entretiens téléphoniques de suivi.
Déroulement de l'étude	Les auteurs ont compilé un guide d'entretien avec 19 questions semi-structurées couvrant les expériences à court et à long terme de la réponse préhospitalière, les soins d'urgence et le soutien, par exemple : « Quelle est votre opinion sur les soins qui vous ont été prodigués ? » et "Quelle aide ou quel soutien a été le plus important pour vous durant les premiers jours après l'accident ?". L'interviewer pour les deux entrevues téléphoniques était une infirmière autorisée du service d'urgence de l'hôpital universitaire d'Umeå avec une expérience considérable dans l'interrogation des patients. Les entrevues ont été anonymes avant d'être remises aux chercheurs. La longueur de l'interview variait de 8 à 75 minutes. Les interviews ont été enregistrées et transcrites textuellement. Le texte écrit par participant variait de 1 à 18 pages avec un total de 226 pages.
Considérations éthiques	Des lettres d'information ont été envoyées à tous les survivants et 54 ont donné un consentement éclairé verbal. L'étude est approuvée par le Comité régional d'éthique à Umeå, Suède (n ° 2012-61-31 Ö). Le consentement éclairé a été obtenu avant l'étude.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les données ont été analysées à l'aide de l'analyse qualitative du contenu inductif (Graneheim et Lundman, 2004) avec l'intention de freiner la compréhension préalable de l'auteur. L'analyse s'est concentrée sur le contenu manifeste du matériel, représentant ce que le texte énonce à travers des composantes visibles et observables, pas nécessairement les significations sous-jacentes (Graneheim et Lundman, 2004). Les entrevues ont été écoutées, transcrites et lues

	<p>plus tard à plusieurs reprises afin d'obtenir une compréhension globale du matériel. Les passages de texte du jour de l'accident ont été extraits et constituaient l'unité d'analyse (Graneheim et Lundman, 2004). Il en résulte 83 pages de texte brut. Le reste du texte sera analysé et rapporté ailleurs. Les unités de signification ont été distinguées de l'unité d'analyse par une approche systématique. Les unités de signification ont été codées et classées par catégories, qui ont été développées au fur et à mesure de l'avancement des travaux (Malterud, 1996). Les catégories ont été discutées par les deux auteurs pour assurer la rigueur. Tout au long de l'analyse, les auteurs ont relu le texte et l'ont comparé aux citations originales pour assurer la validation interne. En outre, chaque citation s'est vu attribuer un identifiant unique assurant la validité interne en permettant de retracer les exacts jusqu'à l'entretien original. L'utilisation de citations représentatives des participants aux entretiens ajoute de la transparence et de la fiabilité aux résultats et à l'interprétation des données. Les données ont été analysées, interprétées et insérées dans les catégories émergentes</p>
Présentation des résultats	<p>Quatre catégories sont complétées par quatre sous-catégories. Les aspects perçus comme insatisfaisants sont présentés en trois catégories : inconfort préhospitalier, manque de compassion et insatisfaction face à l'aide en cas de crise. Ils constituent les points focaux de la présente étude. Une quatrième catégorie, soins initiaux et soutien satisfaisants, résume les aspects perçus comme satisfaisants et représente des éléments qui ne nécessitent aucune amélioration.</p> <p>La réponse initiale était surtout caractérisée par des professionnels compétents et des compagnons de route serviables, mais les expériences des survivants dans les services d'urgence ont révélé plusieurs lacunes.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>L'expérience d'une situation traumatique est ce qui détermine la réaction de la personne. La majorité des survivants présentaient des blessures légères à modérées, mais ils ont néanmoins été fortement touchés par l'accident d'autobus et par les soins subséquents qui leur ont été offerts. Trois constatations principales représentent les aspects infirmiers qui peuvent être améliorés : les expériences de gêne préhospitalière, le manque de compassion dans les services d'urgence et enfin, le mécontentement vis-à-vis du soutien à la crise.</p> <p>L'une des principales constatations est le manque de compassion dans les services d'urgence. Il n'y a toujours pas de définition claire de la compassion, mais implique une prise de conscience des sentiments d'autrui, une appréciation de la façon dont ils sont affectés par leurs expériences et une interaction significative avec l'autre (Dewar et al., 2011). Nos résultats montrent que le manque de compassion parmi les professionnels peut affecter le bien-être d'un patient à un degré où il reste l'un des pires souvenirs de la journée de l'accident. Les survivants qui ont eu des expériences négatives ont parlé de professionnels stressés et indifférents et d'être dépréciés par les médecins, et il y avait un manque de compréhension remarquable concernant les voyages de retour des survivants. Pour une personne affectée, il est de la plus haute importance de se calmer et de retrouver l'équilibre au stade aigu afin de stimuler le rétablissement (Hobfoll et al., 2007).</p> <p>Nos résultats appuient des études pointant vers « une érosion des soins et de la compassion » dans les soins infirmiers dans le monde (Darbyshire et McKenna, 2013). De même, un déclin de l'empathie à l'école de médecine est évident et le déclin menace la qualité des soins de santé (Neumann et al., 2011)</p>
Forces et limites	

Conséquences et recommandations	Il est important de promouvoir la connectivité entre les survivants afin d'améliorer leur rétablissement. À leur arrivée dans un service d'urgence. En outre, les liens naturels des survivants avec leurs proches doivent être facilités dès que possible, et s'il n'y en a pas, un soutien formel approprié doit être fourni. Les résultats indiquent que les infirmières en soins d'urgence ainsi que les urgentistes doivent être en mesure d'identifier les besoins psychosociaux et existentiels des survivants. Les infirmières devraient recevoir une éducation suffisante en matière de soins de compassion, en plus de soins médicaux fondés sur des preuves pour les blessures physiques. Cela leur permettrait d'offrir les meilleurs soins possibles aux personnes touchées par des accidents ou des catastrophes de masse.
Commentaires	Les aspects perçus comme insatisfaisants sont présentés en trois catégories : inconfort préhospitalier, manque de compassion et insatisfaction face à l'aide en cas de crise. Ils constituent les points focaux de la présente étude. Une quatrième catégorie, soins initiaux et soutien satisfaisants, résume les aspects perçus comme satisfaisants et représente des éléments qui ne nécessitent aucune amélioration. Les survivants ayant subi des blessures mineures peuvent être traités comme un groupe de personnes appartenant à un même groupe, plutôt que comme des patients traumatisés Aimerait être appelé une fois l'événement passé.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Doohan, I., & Saveman, B-I. (2015). Need for compassion in prehospital and emergency care : A qualitative study on bus crash survivorss' experiences. <i>International Emergency Nursing</i> , 23, 115-119.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?			X	Le problème d'étude est mentionné cependant seule une étude antécédente est figure sans approfondissement de celle-ci
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'étude figure en fin de paragraphe mais aucune question n'est posée.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Il n'est pas dit que les données ont été évaluées par un expert ou par les participants
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?		X		Aucun lien n'est fait avec l'étude précédente
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Mary, P., & Al Grad, H. S. (2017). A Research Critique on Lived-in Experiences of Significant Others of Patients Admitted in Emergency Department at Selected Hospitals. <i>International Journal of Nursing Education</i> , 9(3), 23-27.
Introduction Problème de recherche	<p>"LA DOULEUR ET LE PLAISIR COMME LA LUMIÈRE ET L'OBSCURITÉ RÉUSSISSENT LES AUTRES"</p> <p>- Lawrence Stone</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le terme expérience désigne la fusion de deux dimensions, les dimensions physiques et les dimensions psychologiques. Les expériences sont impossibles à séparer les effets des facteurs psychologiques de ceux des facteurs sociaux d'un individu. - Les dimensions physiques sont entrelacées avec la dimension psychologique. Les expériences d'un individu comprennent les pensées, les sentiments, la motivation, le statut mental, la force personnelle et la faiblesse. L'expérience sociale est une partie de la vie d'un individu est affectée par quelqu'un ou dépend des autres. - L'expérience des membres de la famille à l'urgence est une situation de crise pour le patient et les membres de sa famille, comme un nouvel endroit, un nouvel environnement, de nouvelles personnes et une nouvelle situation. Le résultat sera positif ou négatif en fonction de leur état émotionnel du patient et des membres de la famille. - Le service d'urgence / unité est le lieu où le traitement d'urgence est donné pour tous les types de cas d'urgence. Le mot «blessé / urgence» implique de nombreuses images dans son esprit comme un lieu étrange, des alarmes pivotantes, des machines énormes, des procédures invasives et non invasives, des médicaments hautement alertes qui causent la peur. Le niveau de stress varie d'une personne à l'autre, du genre au genre et dans différentes situations et différents niveaux. L'intervention la plus précieuse qui puisse être offerte à tous les patients et aux membres de leur famille par des soins efficaces dans diverses dimensions, y compris des expressions verbales d'empathie et des sentiments positifs, ainsi qu'un soutien psychologique et spirituel. Robert (2006) a rapporté que l'expérience des membres de la famille dans la salle d'urgence est une situation de crise pour les patients et les membres de la famille. Il a classé la crise en deux types, le premier est la crise biologique et le second est la crise pathologique. Lorsque le patient entre dans la victime, le patient est en crise biologique. Cependant, les membres de la famille entrent dans la victime en crise pathologique ".
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Weason J.S (2007) a mené une étude expérimentale auprès de 28 patients sur les effets d'une brève période de conseil sur l'anxiété d'un patient grièvement blessé dans une salle d'urgence. Les membres de la famille et les parents ont également été inclus. Les données ont été recueillies par méthode d'interview (méthode d'enregistrement sur bande vidéo). Il a conclu que 17 (75%) des besoins physiques, émotionnels et psychologiques des membres de la famille n'étaient pas satisfaits par les infirmières à la causalité de masse et au temps insuffisant. - Holland et Zitton (2011) ont déclaré que les patients ou les membres de la famille qui entrent dans l'unité d'urgence peuvent apporter un autre changement émotionnel, comme la colère, le déni, la culpabilité, la dépression et l'acceptation, ainsi que l'impact sur d'autres aspects psychosociaux. fonctionnement. - Hone camp (1995) a mené une étude sur l'expérience d'une autre personne de patients ayant des problèmes cardiaques en utilisant la taille de l'échantillon de 32. Il a conclu que les membres de la famille ont exprimé qu'ils étaient très stressés et anxieux lors de

	l'admission d'urgence.
Cadre théorique ou conceptuel	<ul style="list-style-type: none"> – Expérience et perception
Question de recherche/buts	<ul style="list-style-type: none"> – Les Infirmières, doivent toujours se soucier de soulager les souffrances physiques du patient seul. Quelle est notre contribution à la souffrance mentale des membres de la famille? Comment cela peut-il être corrigé?
Méthodes Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> – La conception d'étude qualitative et approche phénoménologique ont été adoptées pour cette étude.
Population, échantillon et contexte	<ul style="list-style-type: none"> – Les personnes sélectionnées sont : Les autres membres de la famille du patient, amis et parents, présent au cours de la période d'étude, et qui remplissaient les critères d'inclusion – la taille de l'échantillon est de 12. – Les critères d'inclusion étaient à la fois masculins et féminins des autres patients admis pendant la période d'étude à la salle d'urgence.
Méthode de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> – Une interview approfondie a été menée.
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> – Avant la collecte des données, l'autorisation nécessaire a été obtenue auprès des autorités concernées. Avant de commencer la collecte des données, l'enquêteur a obtenu le consentement des participants. – Les étudiants qui ont été admis au service des urgences ont été choisis pour l'étude. – La procédure a été expliquée à chaque participant individuellement, assurant le confort et la confidentialité. – Les participants ont été rassurés que la confidentialité serait maintenue et que l'information serait utilisée à des fins de recherche seulement. – Le consentement éclairé a été obtenu et les entrevues ont été enregistrées sur bande sonore. – Une entrevue approfondie a été réalisée sur une base individuelle. – Le temps total pris pour la collecte des données de chaque participant était de 30 à 45 minutes. – Après la fin de l'entrevue, chaque participant a eu l'occasion de clarifier ses doutes.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> – Un consentement écrit éclairé a été obtenu des participants qui ont été informés de l'objectif et de la conception de l'étude et ont assuré que la participation était volontaire et conditionnelle.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> – Le cadre d'analyse de données de Colaizzi a été utilisé pour analyser les transcrits dans cette étude.

Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de l'analyse des données, six dimensions et sous-thèmes ont émergé des expériences de nombreux autres patients admis au service des urgences. - Les dimensions étaient physiques, physiologiques, psychologiques, sociales, spirituelles et économiques et diverses suggestions données par les membres de la famille.
Discussion Interprétation des résultats	<p>Dimension physique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les dimensions physiques, les principaux thèmes identifiés étaient l'insomnie, la fatigue, les douleurs corporelles, les maux de tête, et l'incapacité d'accomplir les activités quotidiennes. - «Je me sens étourdie, fatiguée et j'ai mal à la tête en raison de l'attente prolongée à l'extérieur du service des urgences». - Les conclusions ci-dessus étaient conformes à l'étude de M. Claran J.Berglan et al (2000) a mené une étude sur l'expérience vécue dans l'expérience des membres de la famille dans le département d'urgence. La conception aquatique a été utilisée pour l'étude. - Les patients et les membres de leur famille ont exploré leurs expériences. - Il a conclu que les membres de la famille ont exploré leurs sentiments de douleur, de fatigue, de peur et d'agitation. <p>Dimension physiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les thèmes identifiés étaient Perte d'appétit et troubles du sommeil. - «Je ne peux pas bien dormir parce que ma belle-mère est admise à l'urgence. Je ne sais pas ce qui se passe avec elle ", je n'ai reçu aucune information sur son état de santé du personnel, alors je suis tendue". - "Je n'ai pas envie de manger parce que je ne sais pas ce qu'il adviendra de mon père, qu'il se débrouille ou non à l'urgence" - Miott (1992) a mené une étude sur les difficultés d'adaptation des expériences des membres de la famille. Le problème d'adaptation des conjoints et des enfants de patients atteints de maladies cardiaques a été exploré avec leur mécanisme d'adaptation défectueux. Ils ont été incapables de s'adapter à la situation en raison de l'environnement stressant. <p>Dimension psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les thèmes identifiés étaient la colère, la peur, l'émotion instabilité, frustration, tristesse. - "C'est intolérable. C'est une situation triste " - "Je suis frustré car je suis incapable de gérer les charges des activités ménagères" - "Je me mets souvent en colère et suis irrité" - "Je me sens troublé de n'avoir personne pour exprimer mes sentiments et mes frustrations" - "C'est tellement triste de voir ma mère à l'urgence" - Marrs (2000) a mené une étude sur l'identification de la perception du patient en phase de récupération en utilisant des techniques qualitatives de la théorie fondée. 10 hommes et 15 femmes ont été interviewés, retranscription verbatim a été analysée pour les principaux thèmes. Les résultats ont révélé que renforcer le besoin de préoccupation et de soutien du patient avec leurs besoins psychosociaux. Les infirmières doivent également envisager de fournir un soutien aux patients dans la phase de pré-admission et de récupération est le plus essentiel. - White (2001) a mené une étude sur l'impact biophysique de l'expérience du partenaire du patient. Une étude phénoménologique a été menée sur 44 participants et ils ont été interviewés séparément. Les sous-thèmes ont été identifiés à partir de verbatim. Il a conclu que la colère exprimée par le partenaire, la dépression et le désespoir, alors que la tristesse a été observée chez les patients. <p>Dimension sociale</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – Les thèmes identifiés étaient les problèmes de communication avec les infirmières et les membres de la famille ainsi que le manque de soutien. Parmi les 12 autres, 10 (83%) ont eu des problèmes de communication avec les infirmières et 2 (17%) ont eu l'impression de ne pas avoir de problèmes de communication avec les infirmières. – "Je sais que je ne peux pas demander souvent aux infirmières l'état de ma mère" – "Je suis très émotif et je m'inquiète aussi du pronostic de mon fils" – Les études ci-dessus ont coïncidé avec l'étude d'Elizabeth (2001) qui a étudié la façon dont les patients et les autres signataires se sentaient au sujet de leurs services de soutien social. Les résultats ont révélé qu'un niveau plus élevé de soutien social a été reçu de leur groupe de pairs que de leurs membres de la famille. <p>Dimension économique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les thèmes suivants étaient fondés sur le revenu, six (50%) d'autres étaient de faible niveau socio-économique, quatre (33%) provenaient du milieu socioéconomique moyen et deux (17%) étaient du niveau socioéconomique élevé. – "Je n'ai pas d'argent; Je viens de prêter quelques-uns de mes amis " – "Nous avons recueilli une certaine somme d'argent pour le mariage de notre fille mais nous avons dépensé l'argent pour le traitement" <p>Dimension spirituelle</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les thèmes identifiés étaient la croyance et l'incrédulité en Dieu parmi 12 significations des autres, dix (83%) signifiait que d'autres exprimaient qu'ils croyaient en dieu, deux (17%) d'entre eux disaient n'avoir aucun espoir sur le résultat . – "J'ai toujours beaucoup de foi en Dieu. Sans lui, ce serait très difficile " "Je crois en maman" Dieu donnera une autre vie à ma maman . Les conclusions ci-dessus ont été appuyées par Deegan (2007) qui a mené une étude sur les effets des croyances spirituelles chez les patients hospitalisés. – Les conclusions ont révélé que les besoins spirituels devaient être satisfaits par le personnel hospitalier pour permettre au patient d'être satisfait dans toutes les autres dimensions. <p>G. Satisfaction à l'égard des soins infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Un nombre important de patients 10 (87%) ont été satisfaits du niveau de soins prodigués par les infirmières du service des urgences. – Cependant, les membres de la famille ont été peu pris en compte et n'ont pas donné l'information sur le pronostic. – Les infirmières sont comme Dieu qu'elles ont bien pris soin de moi pendant ma maladie ""
Forces et limites	Petits échantillons
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> – Par conséquent, les résultats de cette étude sont importants pour les infirmières qui travaillent au service des urgences. L'enquêteur a pu constater que chaque signe des patients est unique. Leur expérience et leur perception varient d'une personne à l'autre au cours du processus. L'étape essentielle dans le système de soins de santé consiste à susciter chez les autres l'expérience des patients afin de leur permettre de les conseiller sur leur état de santé et sur le pronostic. Cela aidera à réduire leur stress et leur anxiété et, plus encore, aidera les infirmières à obtenir leur coopération, la confiance et la confiance des patients et de leurs proches. – Les infirmières ont besoin de prolonger leur temps non seulement sur les besoins du patient mais aussi sur les besoins de leurs familles. Les infirmières doivent améliorer leurs compétences en communication, grâce à des programmes de perfectionnement du personnel. Les infirmières peuvent jouer un rôle vital dans divers aspects, notamment dans le domaine du soutien et du counselling. Ils peuvent également servir de guide pour les patients et les membres de la famille et renforcer leur dépendance à travers des soins

	de qualité.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Les expériences d'un individu comprennent les pensées, les sentiments, la motivation, le statut mental, la force personnelle et la faiblesse. - L'expérience des membres de la famille aux urgences est une situation de crise pour le patient et les membres de sa famille, comme un nouvel endroit, un nouvel environnement, de nouvelles personnes et une nouvelle situation. Le résultat sera positif ou négatif en fonction de leur état émotionnel du patient et des membres de la famille. - Le service d'urgence / unité est le lieu où le traitement d'urgence est donné pour tous les types de cas d'urgence. Le mot «blessé / urgence» implique de nombreuses images dans son esprit comme un lieu étrange, des alarmes pivotantes, des machines énormes, des procédures invasives et non invasives, des médicaments hautement alertes qui causent la peur. - L'intervention la plus précieuse qui puisse être offerte à tous les patients et aux membres de leur famille par des soins efficaces dans diverses dimensions, y compris des expressions verbales d'empathie et des sentiments positifs, ainsi qu'un soutien psychologique et spirituel - l'expérience des membres de la famille dans la salle d'urgence est une situation de crise pour les patients et les membres de la famille. - deux types, le premier est la crise biologique et le second est la crise pathologique. Lorsque le patient entre dans la victime, le patient est en crise biologique. Cependant, les membres de la famille entrent dans la victime en crise pathologique ". - ancienne études : Holland et Zitton (2011) ont déclaré que les patients ou les membres de la famille qui entrent dans l'unité d'urgence peuvent apporter un autre changement émotionnel, comme la colère, le déni, la culpabilité, la dépression et l'acceptation, ainsi que l'impact sur d'autres aspects psychosociaux. - six dimensions et sous-thèmes ont émergé des expériences de nombreux autres patients admis au service des urgences. Les dimensions étaient physiques, physiologiques, psychologiques, sociales, spirituelles et économiques : <ul style="list-style-type: none"> o <i>Dimension physique</i> Dans les dimensions physiques, les principaux thèmes identifiés étaient l'insomnie, la fatigue, les douleurs corporelles, les maux de tête, l'incapacité d'accomplir les activités quotidiennes. o <i>Dimension physiologique</i> Les thèmes identifiés étaient Perte d'appétit et troubles du sommeil. o <i>Dimension psychologique</i> Les thèmes identifiés étaient la colère, la peur, l'émotion instabilité, frustration, tristesse. o <i>Dimension sociale</i> Les thèmes identifiés étaient les problèmes de communication avec les infirmières et les membres de la famille ainsi que le manque de soutien. o <i>Dimension économique</i> Les thèmes suivants étaient fondés sur le revenu, six (50%) d'autres étaient de faible niveau socio-économique, quatre (33%) provenaient du milieu socioéconomique moyen et deux (17%) étaient du niveau socioéconomique élevé. o <i>G. Satisfaction à l'égard des soins infirmiers :</i> Un nombre important de patients (87%) ont été satisfaits du niveau de soins prodigués par les infirmières du service des urgences. Cependant, les membres de la famille ont été peu pris en compte et n'ont pas donné l'information sur le pronostic.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Mary, P., & Al Grad, H. S. (2017). A Research Critique on Lived-in Experiences of Significant Others of Patients Admitted in Emergency Department at Selected Hospitals. <i>International Journal of Nursing Education</i> , 9(3), 23-27.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	x			
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		x		<i>Pas d'informations à ce sujet</i>
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		x		<i>Pas d'information à ce sujet</i>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	x			
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	x			

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.